

Deutsche Versicherungsnummer
 German insurance number

 Kennzeichen (soweit bekannt)
 Reference (if known)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Eingangsstempel ZRBG 510en

Verkürzter Antrag auf Witwen- / Witwerrente für Hinterbliebene von ehemaligen Ghattobeschäftigten mit Wohnsitz im Ausland
Claim for widow's / widower's pension for survivor's of former ghetto workers residing outside Germany (short version)

1.	Angaben zur Person der / des Versicherten	Information about the insured person
	Name	Last name
	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	First and middle names (underline name normally used)
	Geburtsname	Name at birth
	Frühere Namen	Other names used in the past
	Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)	Date of birth (Day / month / year)
	Geschlecht	Sex
	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	Citizenship (also former citizenships, if applicable)
	Geburtsort (Kreis, Land)	Place of birth (district/province, state)
	Sterbedatum (Tag / Monat / Jahr)	Date of death (Day / month / year)
	Bitte Sterbeurkunde beifügen!	Please enclose death certificate!
2.	Angaben zur Person der Witwe / des Witwers	Information about the widow / widower
	Name	Last name
	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	First and middle names (underline name normally used)
	Geburtsname	Name at birth
	Frühere Namen	Other names used in the past
	Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)	Date of birth (Day / month / year)
	Geschlecht	Sex
	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	Citizenship (also former citizenships, if applicable)
	Geburtsort (Kreis, Land)	Place of birth (district/province, state)
	Straße, Hausnummer	Street, house No.
	Postleitzahl	Postal code
	Wohnort / Staat	City / state

Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Daytime telephone number (voluntary information)
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		Fax number, email address (voluntary information)
Waren Sie in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung versichert?	ja <input type="checkbox"/> yes nein <input type="checkbox"/> no	Were you covered by the German state pension insurance scheme?
Versicherungsträger		Insurance agency
Wurde eine Versicherungsnummer vergeben?	ja <input type="checkbox"/> yes nein <input type="checkbox"/> no	Were you issued an insurance number?
Versicherungsnummer der / des Hinterbliebenen	<input type="text"/>	Insurance number of the surviving insured person
Tag der Eheschließung mit der / dem Versicherten (Tag / Monat / Jahr)	<input type="text"/>	Date of marriage with the insured person (Day / month / year)
Bestand diese Ehe bis zum Tod der / des Versicherten?	ja <input type="checkbox"/> yes nein <input type="checkbox"/> no	Did the marriage last until the insured person's death?
Hat die Witwe / der Witwer nach dem Tod des / der Versicherten wieder geheiratet ?	ja <input type="checkbox"/> yes nein <input type="checkbox"/> no	Has the widow / widower remarried after the insured person's death?
Wiederheirat am (Tag / Monat / Jahr)	<input type="text"/>	Date of remarriage (Day / month / year)
3.	Claim filed by third parties	
	Antragstellung durch andere Personen	Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen.
		Please enclose authorization or court order.
Der Antrag wird in Vertretung gestellt von	The claim is filed by the following representative	
Name		Last name
Vorname		First name
Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)		Office (file number, if applicable)
in der Eigenschaft als		in the capacity of
Gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/>	legal representative
Vormund <input type="checkbox"/>	guardian
Betreuer <input type="checkbox"/>	person in charge, custodian, carer
Bevollmächtigter <input type="checkbox"/>	authorized representative
Straße, Hausnummer		Street, house No.
Postleitzahl		Postal code
Wohnort / Staat		City / state
Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Daytime telephone number (voluntary information)
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		Fax number, email address (voluntary information)

4.	Zeiten in Deutschland	Periods of residence in Germany	
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Please enclose all available documents!	
4.1	Hat sich die / der Versicherte nach der Verfolgung in Deutschland (z. B. in einem DP-Lager) aufgehalten?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Did the insured person reside in Germany after his / her persecution period (e.g. in displaced persons camps)?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Aufenthaltsort	____ / ____ – ____ / ____ _____	Period from – to Month / year – month / year Place of residence
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Aufenthaltsort	____ / ____ – ____ / ____ _____	Period from – to Month / year – month / year Place of residence
		nein <input type="checkbox"/> no	
4.2	Hat die / der Versicherte in Deutschland gearbeitet?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Did the insured person work in Germany?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	____ / ____ – ____ / ____ _____ _____	Period from – to Month / year – month / year Place of work / employer Type of work performed
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	____ / ____ – ____ / ____ _____ _____	Period from – to Month / year – month / year Place of work / employer Type of work performed
		nein <input type="checkbox"/> no	
5.	Zeiten im Ausland	Insurance periods outside Germany	
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Please enclose all available documents!	
5.1	Hat die / der Versicherte im Ausland Beiträge zu einem Versicherungsträger gezahlt?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Has the insured person paid any social security contributions to a pension agency outside Germany ?
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Versicherungsträger	____ / ____ – ____ / ____ _____	Period from – to Month / year – month / year Pension agency
	Staat	_____	State
	Ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen	_____	Insurance number / file number abroad
		nein <input type="checkbox"/> no	
5.2	Hat die / der Versicherte sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten : Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Has the insured person, after completion of age 15, habitually resided in the Netherlands or, after completion of age 16, habitually resided in one of the following countries : Australia, Canada / Quebec, Denmark, Finland, Iceland, Israel, Liechtenstein, Norway, Sweden, Switzerland?
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Staat	____ / ____ – ____ / ____ _____	Period from – to Month / year – month / year State
		nein <input type="checkbox"/> no	

6.	Zeiten des Schul- / Fachschul- oder Hochschulbesuchs (auch im Ausland)	Periods of attendance of school / technical college or university (also outside Germany)								
	Hat die / der Versicherte nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schule, Fachschule oder Hochschule besucht? Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei, z. B. Schulzeugnis, Unterlagen zum Besuch einer Hochschule	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓								
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	____ / ____ – ____ / ____								
		nein <input type="checkbox"/> no								
		Did the insured person, after completion of age 17 attend school, a technical college or university? Please enclose all available documents, e.g. school certificates, enrollments verification from your university etc.								
		Period from – to Month / year – month / year								
7.	Angaben zu Kindern	Information about children								
	Hat die / der Versicherte Kinder erzogen, die vor dem 01.01.1950 geboren sind?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓								
a)	geboren am (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								
	geboren in									
b)	geboren am (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								
	geboren in									
		nein <input type="checkbox"/> no								
		Did the insured person bring up any children who were born before January 1 st , 1950?								
		born on (Day / month / year)								
		born in								
		born on (Day / month / year)								
		born in								
8.	Sonstige Angaben	Further information								
8.1	Wurde eine Ehe der / des Versicherten nach dem 30.06.1977 durch Ehescheidung aufgelöst / aufgehoben?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓								
	Falls ja: Lebt der frühere Ehegatte noch?	Ja <input type="checkbox"/> yes nein <input type="checkbox"/> no								
		Nicht bekannt <input type="checkbox"/> not known								
	Falls nein: Sterbedatum (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								
		nein <input type="checkbox"/> no								
		Has one of the insured person's marriages been nullified or dissolved by divorce after June 30 th , 1977?								
		If yes: Is the former spouse still alive?								
		If no: Date of death (Day / month / year)								
8.2	Bitte ausfüllen, wenn Witwerrente beantragt wird und die Versicherte vor dem 01.01.1986 verstorben ist	Please enclose if you claim widower's pension and the insured person passed away before January 1st, 1986								
	Hat die Versicherte den Unterhalt ihrer Familie überwiegend bestritten?	Did the insured person mainly provide for your family's livelihood?								
		Ja <input type="checkbox"/> yes nein <input type="checkbox"/> no								
9.	Angaben zur Einkommensanrechnung bei Witwenrenten / Witwerrenten	Information regarding set off of income in case of widow's pensions / widower's pension								
	- Nicht erforderlich, wenn die / der Versicherte vor dem 01.01.1986 gestorben ist. -	- Not applicable, if the insured person passed away before January 1 st , 1986 -								
	Bitte Nachweise beifügen!	Please enclose proof!								

9.1	Arbeitsentgelt		Income from employment							
	Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes Arbeitsentgelt ggf. auch im Ausland?	ja <input type="checkbox"/> yes nein <input type="checkbox"/> no	Do you receive or have you received income from work with effect from the commencement date of the pension on account of death , if applicable also outside Germany?							
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____	Period from – to Month / year – month / year							
	Name und Anschrift des Arbeitgebers		Employer's name and address							
9.2	Arbeitseinkommen		Income from self-employment							
	Haben oder hatten Sie ab Beginn der Rente wegen Todes steuerrechtliche Gewinne (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit) ggf. auch im Ausland erzielt?	ja <input type="checkbox"/> yes nein <input type="checkbox"/> no	Have you received or do you receive any gains under tax law with effect from the commencement date of the pension on account of death (income from agriculture and forestry, from trade and business or from self-occupied work), if applicable, also outside Germany?							
	Zu den steuerrechtlichen Gewinnen zählen auch Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, wenn diese steuerrechtlich als Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit gewertet werden.		Also income from rent and lease is counted as gains under tax law if this income is regarded as income from agriculture and forestry, from trade and business or from self-occupied work under tax law.							
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____	Period from – to Month / year – month / year							
	Art der Selbständigkeit		Type of self-occupied work							
10.	Andere Leistungen		Other benefits							
	Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?	Are you in receipt or have you received any of the benefits below or did you claim such a benefit?								
	Art der Leistung	Type of benefit								
10.1	Rente aus eigener Versicherung aus der deutschen oder einer ausländischen Rentenversicherung oder vergleichbare Leistung für ehemalige Beschäftigte im öffentlichen Dienst	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Pension based on your own record paid by a pension insurance fund in Germany or abroad or similar benefits for former public sector employees.							
	Bezugszeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____	Payment period from – to Month / year – month / year							
	beantragt am (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								Claim filed on (Day, month, year)
	zahlende Stelle		Paying office							
	Aktenzeichen		File number							
	nein <input type="checkbox"/> no									

10.2	Leistungen aus der deutschen oder einer ausländischen Unfallversicherung	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Benefit under an accident insurance scheme in Germany or abroad								
	Unfalltag (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									Date of accident (Day, month, year)
	Art der Leistung		Type of benefit								
	Aktenzeichen		File number								
	Behörde		Authority								
	nein <input type="checkbox"/> no										
10.3	Leistung nach der Anerkennungsrichtlinie für Ghetto-Arbeit vom Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Benefit from Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen under the Directive concerning the recognition of ghetto work								
	Aktenzeichen		File number								
		nein <input type="checkbox"/> no									
11.	Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	Declaration of claimant									
	<p>Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe.</p> <p>Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenanspruchs bis zum Rentenbeginn sich meine Anschrift ändert.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in allen Gerichts- und Behördenakten, die im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Anspruch stehen, insbesondere Entschädigungsakten, Einsicht nehmen kann.</p>	<p>I declare that all the information provided on this form and the enclosures is true and correct to the best of my knowledge.</p> <p>I undertake to immediately inform the German pension office of any changes of my address in the period between filing this claim and the commencement of pension payments.</p> <p>I agree that the responsible German state pension office may inspect any files or records from courts and authorities, in particular restitution files, relating to the above claim.</p>									
12.	Wahrheitsgemäße Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	True declaration of claimant									
	<p>Ich erkläre hiermit nach bestem Wissen und Gewissen, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und nichts verschwiegen wurde, was der Sachaufklärung dienen könnte. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.</p>	<p>I hereby declare that to the best of my knowledge the above information is true and that I did not suppress or conceal any information required above. I understand that if any statement is found to be wilfully incorrect legal action may be taken against me.</p>									
Ort, Datum		_____	Place, date								
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers		_____	Signature of claimant								
Als Anlagen sind beigefügt:		Enclosed documents:									
_____		_____									
_____		_____									
_____		_____									