

Response	Percentage
Yes, the government should do more to protect the environment	75%
No, the government should not do more to protect the environment	25%



Eingangsstempel
des Rentenversicherungsträgers

Response	Percentage
Yes, the government should do more	65%
No, the government should not do more	35%

Eingangsstempel
der Antrag aufnehmenden Stelle

G0200

Sie können dieses Formular auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-q0200 ausfüllen.

Name		Vorname	
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> ohne Eintrag
Straße, Hausnummer		Telefon	
Postleitzahl	Wohnort		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

Angehörigenverhältnis zur Person in Ziffer 1	
<input type="checkbox"/> eigenes Kind	<input type="checkbox"/> in den Haushalt aufgenommenes Stiefkind oder Pflegekind
<input type="checkbox"/> Enkel, Bruder oder Schwester, wenn in den Haushalt aufgenommen oder überwiegend unterhalten	
Name, Vorname, Geburtsname	
Geburtsdatum	Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Straße, Hausnummer	Telefon
Postleitzahl	Wohnort

Age Group	Number of People
10	100
20	80
30	60
40	40
50	30
60	20
70	10
80	15
90	10



Age Group	Number of People
0-10	10
11-20	20
21-30	90
31-40	80
41-50	70
51-60	60
61-70	50
71-80	40
81-90	30
91-100	20

6 **Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt des Kindes**

Name					Vorname				
Straße, Hausnummer								Telefon	
Postleitzahl		Ort							
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>									

7 Weitere Angaben zum Kind

7.1 Bezieht das Kind eine Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?		
Name des Rentenversicherungsträgers	Versicherungsnummer	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
7.2 Übt das Kind eine Beschäftigung aus, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet?		
Name und Anschrift des Dienstherrn oder des Trägers der Versorgungslast		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
7.3 Sind bei dem Kind Gesundheitsstörungen anerkannt worden als		
- Folge eines Unfalls in der Kindertagesstätte oder Schule, Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls - Berufskrankheit, - Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung, - Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivillist, - Folge einer Gewalttat im Sinne des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch - Soziale Entschädigung, - Verfolgtenleiden, - Impfschaden?		
Von welcher Stelle?	Aktenzeichen	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Welche Gesundheitsstörungen?		
Falls nein, wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?		
Bei welcher Stelle?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
7.4 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende Gesundheitsstörung des Kindes ganz oder teilweise Folge eines Unfalls oder durch andere Personen verursacht worden?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Formular F0870 - Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII - bitte beifügen.		
Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?		
am	bei welcher Stelle?	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		



Age Group	Number of People
0-10	10
11-20	20
21-30	100
31-40	80
41-50	60
51-60	40
61-70	20
71-80	10
81-90	5
91-100	2

8 Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn das Kind mindestens 18 Jahre alt ist

Das Kind

☐ befindet sich in Schulausbildung oder Studium (Bitte Schulbescheinigung oder Studienbescheinigung beifügen!)

☐ befindet sich in Berufsausbildung (Bitte Kopie des Ausbildungsvertrages beifügen!)

☐ leistet ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder einen Bundesfreiwilligendienst (Bitte Bescheinigung des zuständigen Trägers beifügen!)

☐ ist wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande, sich selbst zu unterhalten (Bitte Nachweis über die Behinderung beifügen!)

9 Weitere Angaben zur Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

9.1 Wurden oder werden Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

☐ nein ☐ ja

9.2 Wurden Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

Staat _____ von - bis _____

☐ nein ☐ ja

9.3 Werden aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

☐ nein ☐ ja, Formular G0205 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für Angehörige bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!

9.4 Wird eine Beschäftigung ausgeübt, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

☐ nein ☐ ja

10 Antragstellung durch andere Personen

Wird der Antrag durch andere Personen gestellt?	
<input type="checkbox"/>	nein, weiter bei Ziffer 11
<input type="checkbox"/>	ja, der Antrag wird in Vertretung gestellt von (Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen)
Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen)	
In der Eigenschaft als	
<input type="checkbox"/>	gesetzlicher Vertreter
<input type="checkbox"/>	Vormund
<input type="checkbox"/>	Betreuer
<input type="checkbox"/>	Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer	Telefon
Postleitzahl	Wohnort



11 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Ist das Kind auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzt das Kind behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)?

Falls ja, das Kind ist angewiesen auf:

☐ nein ☐ ja

12 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

☐ als Großdruck

☐ in Braille (Kurzschrift)

☐ in Braille (Vollschrift)

☐ als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)☐ als Hörmedium (CD-DAISY Format)

13 Erklärung und Information

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

13.1 Einwilligungserklärung (nicht Zutreffendes streichen)

Ich willige ein, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über den Gesundheitszustand des Kindes erteilt werden dürfen, soweit dies für die Entscheidung über den Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die von mir Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen hierzu erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. **Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch Auskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Kinderrehabilitationen des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.



Age Group	Number of People
10	100
20	80
30	60
40	40
50	30
60	20
70	10
80	15
90	10

noch Ziffer 13.1

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:

- des Kindes oder der gesetzlichen Vertretung

oder

- des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).

Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit

☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort. Datum

Unterschrift des Kindes oder der gesetzlichen Vertretung / des Betreuers

13.2 Information

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Ebenfalls dürfen andere Sozialleistungsträger und der Medizinische Dienst die medizinischen Daten, die dort bereits vorliegen, an uns weitergeben.

Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter oder Rehabilitationseinrichtungen) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 SGB X. Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I).

Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 SGB I ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

13.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

Ich verpflichte mich, Änderungen zu den Angaben in diesem Antrag dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

14 Unterschriften

14.1

Ort, Datum

Unterschrift der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

14.2

Ort, Datum

Unterschrift des Kindes oder der gesetzlichen Vertretung / des Betreuers

