

## Antrag auf Versichertenrente

**Hinweis:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 bis 65 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches (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).

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) zur Verfügung.

# R100

Eingangsstempel



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	Datum der Antragstellung Tag    Monat    Jahr
---------------------	---------------------------------	--

1 Beantragte Rente		Bitte beifügen:	
<input type="checkbox"/> Rente wegen Erwerbsminderung		<b>Vordruck R210 Vordruck R240, sofern Sie vor dem 01.01.1955 geboren sind</b>	<b>75</b>
<input type="checkbox"/> Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod		<b>Vordruck R220 Vordruck R240, sofern Sie vor dem 01.01.1955 geboren sind Vordruck R660</b>	<b>45</b>
<input type="checkbox"/> des geschiedenen Ehegatten / früheren Lebenspartners			
<input type="checkbox"/> des Ehegatten / Lebenspartners bei durchgeführtem Rentensplitting			
<input type="checkbox"/> Regelaltersrente wegen Vollendung des 65. Lebensjahres			<b>16</b>
<input type="checkbox"/> Altersrente für langjährig Versicherte wegen Vollendung des 63. Lebensjahres			<b>63</b>
<input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> wegen Vollendung des 60. Lebensjahres für schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 2 Abs. 2 des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches		<b>Schwerbehindertenausweis oder Anerkennungsbescheid Vordruck R240</b>	<b>62</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wegen Vollendung des 60. Lebensjahres für Berufsunfähige oder Erwerbsunfähige		<b>Vordruck R210 Vordruck R240</b>	
<input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> wegen Arbeitslosigkeit		<b>Unterlagen über Arbeitslosigkeit / Altersteilzeitarbeit Vordruck R240</b>	<b>17</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nach Altersteilzeitarbeit			
<input type="checkbox"/> Altersrente für Frauen wegen Vollendung des 60. Lebensjahres		<b>Vordruck R240</b>	<b>18</b>

Die Altersrente soll gezahlt werden als

<input type="checkbox"/> Vollrente	<input type="checkbox"/> 1/3 Teilrente	<input type="checkbox"/> 1/2 Teilrente	<input type="checkbox"/> 2/3 Teilrente
------------------------------------	--	--	--

Die beantragte Altersrente soll beginnen am	Tag    Monat    Jahr
	0 1

2 Angaben zur Person	
Name	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Geburtsname	Frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsort (Kreis, Land)	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
Straße, Hausnummer	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort
	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)
Wohnsitz am 18.05.1990 (Ort, Bundesland, Staat)	Letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland)
Zuzug aus dem Ausland?	Tag    Monat    Jahr
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	
aus	Ort, Gebiet, Staat
nach	Ort, Bundesland
Familienstand	
<input type="checkbox"/> nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden) / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend	<input type="checkbox"/> verheiratet / wiederverheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend
Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke	

**3 Antragstellung durch andere Personen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichts bitte beifügen.

Name, Vorname / Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)

In der Eigenschaft als

☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer

Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Postleitzahl

Wohnort

Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

**4 Zahlungsweg**

Bei Aufenthalt im Ausland oder bei Zahlung auf ein Konto im Ausland kann die unbare Zahlung nur mit Zahlungserklärung beantragt werden (Vordruck R851; wird ggf. übersandt).

Die Rente soll auf folgendes Konto überwiesen werden (IBAN / BIC vgl. Kontoauszug):

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)

D E

Geldinstitut (Name, Ort)

Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend (Name, Vorname, Anschrift)

**5 Angaben zum Versicherungsverlauf**

Haben Sie in einem Kontenklärungsverfahren bereits einen Versicherungsverlauf erhalten?

☐ **nein**, bitte **Antrag auf Kontenklärung** (Vordruck V100, wenn Sie vor 1979 geboren sind, bzw. Vordruck V101, wenn Sie nach 1978 geboren sind) ausfüllen und beifügen und die Fragen der Ziffern **10 bis 14** beantworten☐ **ja**, bitte alle weiteren Fragen beantworten**6 Beitragszeiten****Beweismittel bitte beifügen****6.1** Haben Sie **Beitragszeiten / Beschäftigungszeiten** im Inland zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** aufgeführt sind (z. B. als Lehrling, Arbeiter, Angestellter, Beschäftigter im Bergbau, Seemann, Selbständiger, Künstler, Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter ab 01.04.1999, freiwillig Versicherter)?☐ **nein** ☐ **ja**, bitte hier Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:

Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	Genaue Bezeichnung der <b>Beschäftigung</b> oder <b>Tätigkeit</b> (z. B. nicht Arbeiter sondern Bauhilfsarbeiter)	Arbeitgeber (Name, Sitz, Art des Betriebes) oder Vermerk "selbständig"	An welche <b>Krankenkasse</b> wurden Beiträge gezahlt?

**6.2** Sind Sie **geringfügig** beschäftigt (400,- EUR-Beschäftigung)?

vom - bis

Arbeitgeber (Name, Anschrift)

☐ **nein** ☐ **ja****6.3** **Pflegen Sie** - nicht erwerbsmäßig - mindestens 14 Stunden wöchentlich **einen Pflegebedürftigen**, der Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung hat? Anzugeben sind Pflegezeiten frühestens **ab 01.04.1995**, die noch nicht im Versicherungsverlauf aufgeführt sind.

vom - bis

Name und Anschrift der Pflegekasse bzw. des Pflegeversicherungsunternehmens, Aktenzeichen

☐ **nein** ☐ **ja**

Name, Vorname der zu pflegenden Person

Geburtsdatum

**6.4** Für welche Zeiten wurden nach Erteilung des letzten Versicherungsverlaufs keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt und aus welchem Grund (z. B. selbständig, versicherungsfrei usw.)?

vom - bis

Grund

vom - bis

Grund

**6.5** Haben Sie Zeiten der **Berufsausbildung** (auch ohne Abschluss) zurückgelegt?☐ **nein** ☐ **ja**, weitere Angaben nur erforderlich, wenn diese Zeiten im Versicherungsverlauf noch nicht als **"berufliche Ausbildung"** gekennzeichnet sind. Bitte alle Nachweise beifügen, z. B. Lehrvertrag, Prüfungszeugnis, Gesellenbrief, Verdienstbescheinigung.

vom - bis

Art der Berufsausbildung

**Nachweise**☐ sind beigelegt

vom - bis

Art der Berufsausbildung

☐ liegen nicht mehr vor☐ werden nachgereicht

<b>6.6</b>	Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres <b>gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten</b> : Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?		
	vom - bis	Staat	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
<b>6.7</b>	Haben Sie <b>im Ausland</b> Beiträge zu einem Versicherungsträger bzw. Versorgungsträger gezahlt, Zeiten einer gesetzlichen Versicherung zurückgelegt, Versorgungsanwartschaften erworben oder Dienstzeiten bei einem Organ der EU zurückgelegt? Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (z. B. für Beamte / gleichgestellte Personen, Selbständige, Landwirte).		
	vom - bis	Versicherungsträger / Versorgungssystem	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
	Staat	ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen	Staatsangehörigkeit
<b>6.8</b>	Wurde Ihnen zuletzt <b>vor dem 01.01.1992</b> ein <b>Anerkennungsbescheid</b> über Zeiten nach dem Fremdrentengesetz oder dem Deutsch-polnischen Rentenabkommen vom 09.10.1975 erteilt?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	für Zeiten im Beitrittsgebiet bitte Vordruck V700 ausfüllen und beifügen, für Zeiten in Polen bitte Vordruck V722 ausfüllen und beifügen, für Zeiten in einem anderen Herkunftsland bitte Vordruck V710, ggf. V711 (für Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten), ggf. V712 (für Rumänien) ausfüllen und beifügen.	

## 7 Ersatzzeiten

(z. B. Zeiten der Krankheit oder unverschuldeten Arbeitslosigkeit im Anschluss an Zeiten des Gewahrsams, des Freiheitsentzuges in der ehemaligen DDR mit Rehabilitation, der Vertreibung, der Flucht, der Umsiedlung oder der Aussiedlung)

Haben Sie <b>Ersatzzeiten</b> zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf <b>nicht</b> enthalten sind?	
- betrifft nur Zeiten bis zum 31.12.1991 -	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, <b>bitte Vordruck V400 ausfüllen und beifügen</b>

## 8 Anrechnungszeiten

(z. B. Arbeitsunfähigkeit, Krankheit zwischen dem 17. und 25. Lebensjahr, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben, Schwangerschaft, Mutterschaft während der jeweiligen Schutzfristen, Arbeitslosigkeit oder Leistungen von der Agentur für Arbeit, Meldung bei der Agentur für Arbeit nach Vollendung des 17. Lebensjahres als Ausbildungsuchender, nach Vollendung des 17. Lebensjahres liegende weitere Schulausbildung oder Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung, berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme)

<b>8.1</b>	Haben Sie <b>Anrechnungszeiten</b> zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf <b>nicht</b> enthalten sind?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, <b>bitte Vordruck V410 ausfüllen und beifügen</b>	
<b>8.2</b>	Hat während Zeiten der Arbeitslosigkeit die <b>Agentur für Arbeit, eine Kommune oder eine Arbeitsgemeinschaft Beiträge</b> an eine Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung, an ein Versicherungsunternehmen oder an Sie selbst gezahlt?	
	vom - bis	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

## 9 Angaben zu Kindern

<b>9.1</b>	Machen Sie Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, <b>bitte Vordruck V800 ausfüllen und beifügen.</b>	<input type="checkbox"/> Kein Antrag, weil sowohl Kindererziehungszeiten als auch Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung bereits bei mir oder bei einem anderen Berechtigten <b>anerkannt</b> worden sind.	
<b>9.2</b>	Machen Sie Zeiten der <b>nicht</b> erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres geltend?		
	<b>- frühestens ab dem 01.01.1992 -</b>		
	vom - bis	Kindschaftsverhältnis	<b>Bitte Bescheid über Pflegeleistungen beifügen</b>
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> zum Haushalt gehörendes Stiefkind	

## 10 Sonstige Angaben

<b>10.1</b>	Haben Sie eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf <b>eigene Versorgung</b> nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis?		
	Versorgungsdienststelle, Aktenzeichen		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
	Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten	<input type="checkbox"/> ist beigelegt	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor
<b>10.2</b>	Beziehen oder bezogen Sie bereits eine <b>Rente</b> aus <b>eigener Versicherung</b> oder haben Sie eine solche beantragt (auch im Ausland)?		
	vom - bis	beantragt am	ggf. Grund der Ablehnung
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
	Versicherungsträger, Versicherungsnummer bzw. Rentenzeichen		

<b>10.3 Bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung</b> Erzielen Sie Arbeitsentgelt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja								
Erzielen Sie steuerrechtlichen Gewinn (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja								
Erhalten Sie Entschädigungen (Diäten) für Abgeordnete oder Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (z. B. als Minister)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja								
Erhalten Sie Vorruhestandsgeld? <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>seit</span> <span>zahlende Stelle</span> </div> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja								
Beziehen Sie kurzfristiges Erwerbsersatz Einkommen (z.B. Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld, Insolvenzgeld, Entgeltsicherung für ältere Arbeitnehmer, Existenzgründungszuschuss / Überbrückungsgeld / Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit, Überbrückungsgeld der Seemannskasse, Übergangsleistung bei Maßnahmen gegen Berufskrankheiten, vergleichbare Leistungen von einer Stelle im Ausland) oder haben Sie eine der genannten Leistungen beantragt? Bitte auch dann beantworten, wenn die Leistung ruht oder Einkommen angerechnet wird. Bezugszeitraum vom - bis bzw. Antragsdatum, Art der Leistung, zahlende Stelle (Name, Anschrift, Aktenzeichen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja								
<b>10.4 Bei Antrag auf Altersrente</b> <b>Angaben zu dem Zeitraum bis zum Rentenbeginn</b> - Erzielen Sie innerhalb dieses Zeitraumes beitragspflichtige Einnahmen?								
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte weitere Angaben machen								
<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> Arbeitsentgelt (ggf. auch aus geringfügiger Beschäftigung) / Vorruhestandsgeld   <input type="checkbox"/> bis zum Rentenbeginn <input type="checkbox"/> voraussichtlich nur bis  <input type="checkbox"/> Ich erwarte eine über die regelmäßigen Einmalzahlungen (wie Urlaubs- oder Weihnachtsgeld) hinausgehende Sonderzahlung.            Die Anforderung der Gesonderten Meldung (Vordruck R250)  <input type="checkbox"/> werde ich veranlassen (Vordruck R250 wurde / wird mir ausgehändigt). <input type="checkbox"/> soll durch den Rentenversicherungsträger erfolgen.  <input type="checkbox"/> entfällt, weil ich den Arbeitgeber bereits informiert habe, dass die Meldung abzugeben ist. <input type="checkbox"/> entfällt, weil eine Hochrechnung unterbleiben soll (die Meldung zum Beschäftigungsende bitte abwarten).         </div> <div style="flex: 1; text-align: center;"> <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="padding: 2px;">Tag</th> <th style="padding: 2px;">Monat</th> <th style="padding: 2px;">Jahr</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> </div>			Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr						
<input type="checkbox"/> Sozialleistung (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II) <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> <span>Art der Leistung</span> <span>Name / Anschrift der zahlenden Stelle, Aktenzeichen</span> </div>								
<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> bis zum Rentenbeginn <input type="checkbox"/> voraussichtlich nur bis  <input type="checkbox"/> nicht erwerbsmäßig ausgeübte Pflegetätigkeit mit Beitragszahlung einer Pflegekasse / eines privaten Versicherungsunternehmens  <input type="checkbox"/> bis zum Rentenbeginn <input type="checkbox"/> voraussichtlich nur bis         </div> <div style="flex: 1; text-align: center;"> <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="padding: 2px;">Tag</th> <th style="padding: 2px;">Monat</th> <th style="padding: 2px;">Jahr</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> </div>			Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr						
Werden Sie ab Rentenbeginn Entschädigungen (Diäten) für Abgeordnete erhalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Die <b>Bescheinigung / Erklärung</b> (Vordruck R230) <input type="checkbox"/> ist beigelegt. <input type="checkbox"/> wurde ausgehändigt.						
<b>Bei Antrag auf Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze</b> Haben Sie die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft beantragt? <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> <span>am</span> <span>bei welcher Stelle?</span> <span>Aktenzeichen</span> </div> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja								
Werden Sie ab Rentenbeginn Arbeitsentgelt, steuerrechtlichen Gewinn (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit) oder Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (z. B. als Minister) erhalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Die <b>Bescheinigung / Erklärung</b> (Vordruck R230) <input type="checkbox"/> ist beigelegt. <input type="checkbox"/> wurde ausgehändigt.						
<b>10.5</b> Wurde ein <b>Verfahren zum Versorgungsausgleich</b> wegen Ehescheidung / Aufhebung einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft ausgesetzt, weil Anrechte aus den neuen und alten Bundesländern zu verrechnen sind? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja								
Wurde ein <b>Versorgungsausgleich</b> wegen Ehescheidung / Aufhebung einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja								
Lebte der frühere Ehegatte / Lebenspartner noch? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht bekannt								
<b>10.6</b> Ist die zum Rentenanspruch führende <b>Erwerbsminderung / Schwerbehinderung</b> ganz oder teilweise <b>Folge eines Unfalls</b> oder durch <b>andere Personen</b> verursacht worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Vordruck R870) bitte ausfüllen und beifügen. Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden. (z. B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)? <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> <span>am</span> <span>bei welcher Stelle?</span> <span>Aktenzeichen</span> </div> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja								
<b>10.7</b> Haben Sie auf einem <b>Rheinschiff</b> eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausgeübt? <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> <span>vom - bis</span> <span>Berufsbezeichnung</span> <span>Sitz des Arbeitgebers</span> </div> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja								
<b>10.8</b> Haben Sie Zeiten nach dem Fremdrentengesetz zurückgelegt? - <b>bitte Vordruck R860 ausfüllen und beifügen</b> , wenn Sie nach dem 06.05.1996 nach Deutschland zugezogen sind oder sich im Ausland aufhalten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, - <b>bitte Vordruck R865 ausfüllen und beifügen</b> , wenn Sie in Russland gearbeitet haben.								

<b>10.9</b>	Sind Sie anerkannter Verfolgter im Sinne des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligungen für Opfer politischer Verfolgung im Beitrittsgebiet (Berufliches Rehabilitierungsgesetz)?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Bescheinigung der Rehabilitierungsbehörde ist beigelegt	<input type="checkbox"/> Gegen die Rehabilitierungsbescheinigung ist ein Rechtsbehelf eingelegt worden.

## 11 Andere Leistungen

Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?

Art der Leistung	nein	ja	Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am, zahlende Stelle, Aktenzeichen
<b>11.1</b> Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstorbener Versicherter (Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum)
<b>11.2</b> Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unfalltag, Art der Leistung (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren angeben)
			Unfalltag <span style="float: right;">Jahr der Abfindung</span>
Wurde eine Unfallrente abgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>11.3</b> Krankengeld von einer Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liegt der Rentenantragstellung eine Aufforderung der Krankenkasse zugrunde? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>11.4</b> Übergangsgeld von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger; Verletzungsgeld von der Berufsgenossenschaft; Versorgungskrankengeld vom Versorgungsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
<b>11.5</b> Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II*, Sozialgeld*, Einstiegsgeld*, Eingliederungshilfe, Entgeltsicherung für ältere Arbeitnehmer, Unterhaltsgeld, Übergangsbeihilfe, Gründungszuschuss, Aufstockungsbeträge zum Arbeitsentgelt bei Altersteilzeitarbeit von der Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einer Arbeitsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung  Liegt der Rentenantragstellung eine Aufforderung der Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einer Arbeitsgemeinschaft zugrunde? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>11.6</b> Unterhaltshilfe nach dem Lastenausgleichsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>11.7</b> Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>11.8</b> Sozialhilfe*, Grundsicherung* vom Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
<b>11.9</b> Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>11.10</b> Elterngeld von den Elterngeldstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>11.11</b> Leistungen von der Landwirtschaftlichen Alterskasse einschl. Alterskasse für den Gartenbau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
<b>11.12</b> Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei Hochschulbesuch: Name, Anschrift des zuständigen Studentenwerks
<b>11.13</b> Krankenbezüge / Krankengeldzuschuss von einem Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>11.14</b> Jugendhilfe nach dem Achten Buch des Sozialgesetzbuches - Kinder- und Jugendhilfe -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>11.15</b> Sonstige Leistungen (z. B. Kriegsopferfürsorge, nach dem Unterhaltssicherungsgesetz, vom Träger der Zusatzversorgung im Schornsteinfegerhandwerk, von der Arbeitsgemeinschaft der Träger der gesetzl. Kranken- und Rentenversicherung in Bochum, Versorgungsleistung nach § 9 AAÜG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung

\* Die Angaben zum Arbeitslosengeld II, zum Sozialgeld und zum Einstiegsgeld (Ziffer 11.5) sowie zur Sozialhilfe und zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Ziffer 11.8) sind auch dann erforderlich, wenn unterhaltsberechtigte Angehörige Leistungen nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuches - Grundsicherung für Arbeitsuchende - oder nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches - Sozialhilfe - erhalten oder erhalten haben.

## 12 Kinderzuschuss

Beantragen Sie Kinderzuschuss?

☐ nein ☐ ja, bitte Vordruck R190 ausfüllen und beifügen

Bitte beachten:  
Kinderzuschuss kann nur für ein Kind gezahlt werden, für das Sie bereits vor dem 01.01.1984 einen solchen Anspruch hatten.

## 13 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

13.1 Bei welcher **gesetzlichen Krankenkasse** erfolgt die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner"?

Krankenkasse / Verwaltungsstelle (Name, Anschrift)

Die Meldung zur KVdR (Vordruck R810)

☐ ist beigefügt. ☐ wird nachgereicht. ☐ wurde weitergeleitet.

13.2 Üben Sie über den Rentenbeginn hinaus eine hauptberufliche selbstständige Tätigkeit oder eine Beschäftigung aus, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei ist?

☐ nein ☐ ja

13.3 Beantragen Sie einen **Zuschuss** zu den Aufwendungen für eine **freiwillige** Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder für die Versicherung bei einem **privaten** Krankenversicherungsunternehmen?

☐ weiter bei  
nein, Ziffer 14

☐ ja, bitte die weiteren Fragen beantworten

Wird zu einer weiteren Rente bereits ein Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt oder ist dieser beantragt?

☐ nein ☐ ja

Besteht oder bestand in der Zeit, für die Sie einen Zuschuss beanspruchen, Versicherungspflicht in einer deutschen oder ausländischen **gesetzlichen** Krankenversicherung?

Name und Anschrift der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes

☐ nein ☐ ja

Grund der Versicherungspflicht (z. B. Beschäftigungsverhältnis, Versicherungspflicht als Arbeitsloser, Einwohnerkrankenversicherung)

Bitte ab hier nur ausfüllen, wenn Sie privat krankenversichert sind.

Sollen Beitragsaufwendungen bei einer privaten Krankenversicherung für Familienangehörige berücksichtigt werden?

Familienangehöriger (Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis)

☐ nein ☐ ja

Höhe des mtl. Gesamteinkommens (EUR) des / der Familienangehörigen

Ist der Familienangehörige Rentner?

seit

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

☐ nein ☐ ja

**Bitte Vordruck R821 vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ausfüllen lassen.**

Der Vordruck R821 ☐ ist beigefügt. ☐ wird nachgereicht. ☐ wurde weitergeleitet.

## 14 Pflegeversicherung

Haben oder hatten Sie ein Kind, Stiefkind oder Pflegekind? (Das heutige Alter des Kindes ist hier ohne Bedeutung.)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

☐ nein ☐ ja

Kindschaftsverhältnis

☐ leibliches Kind / Adoptivkind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind

Kind, das mit Ihnen durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft verbunden ist / war, sofern es nicht gegen Vergütung aufgenommen wurde.

**Nachweise** benötigen wir **nicht**, wenn die **Angaben** in diesem Antrag **bestätigt** werden oder das Versicherungskonto Kindererziehungszeiten bzw. Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung enthält.

Ansonsten benötigen wir wahlweise z. B. (ggf. in Kopie): Nachweis über Geburt des Kindes, über Kindergeldzahlung oder über Vaterschaft, bei einem **Stiefkind** auch Heiratsurkunde / Eheurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde und Bestätigung der Meldebehörde über die häusliche Gemeinschaft, bei einem **Pflegekind** auch Bescheinigung über Anerkennung des Pflegekindschaftsverhältnisses und Bescheinigung über die häusliche Gemeinschaft.

## 15 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 (Schrift- / Textdatei im ".doc" - Format)

☐ als Hörmedium (Kassette)

☐ als Hörmedium (CD-DAISY Format)

## 16 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

**Ich versichere**, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

**Ich verpflichte mich**, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenanspruchs bis zum Rentenbeginn

- eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen bzw. nach Arbeitsunfähigkeit wieder ausgeübt wird oder
- sich eine Änderung der Höhe des Arbeitsentgelts oder des Arbeitseinkommens / steuerrechtlichen Gewinns ergibt oder
- ein kurzfristiges Erwerbsersatz Einkommen beantragt oder gezahlt wird oder
- eine Leistung nach Ziffer 11 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

**Ich willige ein** (sofern ich unter Ziffer 10.4 nichts anderes bestimmt habe), dass der Rentenversicherungsträger zur Beschleunigung des Rentenverfahrens

- frühestens drei Monate vor Rentenbeginn eine Meldung der beitragspflichtigen Einnahmen für abgelaufene Zeiträume vom Arbeitgeber anfordert,
- für den weiteren Zeitraum ggf. bis zum Rentenbeginn die entsprechenden voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen (maximal für drei Monate) hochrechnet und
- diese der Rentenberechnung zugrunde legt.

Sollten die tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen von den hochgerechneten Beträgen abweichen, können diese erst bei einer später zu zahlenden Rente berücksichtigt werden.

**Mir ist bekannt**, dass kurzfristige Unterbrechungen der Beschäftigung im letzten Jahr von weniger als einem Kalendermonat sowie Sonderzahlungen in den letzten Monaten bis zum Rentenbeginn, die über die regelmäßigen Einmalzahlungen (wie Urlaubs- oder Weihnachtsgeld) hinausgehen, bei der Hochrechnung der Arbeitsentgelte nicht berücksichtigt werden können. Sollten die tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen von den hochgerechneten Beträgen abweichen, können diese erst bei einer später zu zahlenden Rente berücksichtigt werden.

**Mir ist bekannt**, dass ich einen Antrag auf Altersrente für schwerbehinderte Menschen auch dann stellen kann, wenn die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft zwar beantragt, aber noch nicht abgeschlossen ist. Der Nachweis über die Schwerbehinderteneigenschaft kann nachgereicht werden. Eine spätere Antragstellung kann unter Umständen dazu führen, dass die Altersrente für schwerbehinderte Menschen überhaupt nicht gezahlt werden kann.

Wenn ein Antrag auf Zuschuss zur Krankenversicherung gestellt wird, **verpflichte ich mich** darüber hinaus, dem Rentenversicherungsträger die nachfolgenden Sachverhalte **unverzüglich anzuzeigen**:

- a) die Beendigung oder das Ruhen der Versicherung, zu der der Zuschuss gezahlt wird (z. B. bei Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz oder bei Auslandsaufenthalt),
- b) jede Veränderung der Beitrags- oder Prämienhöhe zur privaten Krankenversicherung,
- c) den Beginn einer Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. durch die Aufnahme einer Beschäftigung, durch den Antrag auf eine weitere Rente, durch den Bezug von Übergangsgeld wegen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II),
- d) den Beginn einer Versicherungspflicht in der ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. bei Wohnsitzverlegung ins Ausland),
- e) die "Einschreibung" als Leistungsberechtigter bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse aufgrund der Rente eines anderen Staates, in dem die VO (EWG) Nr. 1408/71 gilt (das sind die Mitgliedstaaten der EU sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz) und
- f) jede Änderung in den Verhältnissen des Familienangehörigen, dessen Beitragsaufwendungen bei der Zuschusszahlung berücksichtigt werden (eigene Rentenberechtigung, Eintritt von Versicherungspflicht in der deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung, Änderungen der Beitragsaufwendungen oder des Gesamteinkommens).

**Das Merkblatt über die KVdR habe ich erhalten.**

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

## Anlagen

Vordruck R990 bitte beifügen

<b>Bestätigungsvermerk</b>		
Die <b>Angaben zur Person</b> der Rentenbewerberin / des Rentenbewerbers werden bestätigt durch		
<input type="checkbox"/> Geburts- / Abstammungsurkunde	<input type="checkbox"/> gültigen Personalausweis	<input type="checkbox"/> gültigen Reisepass
Das <b>Kindschaftsverhältnis</b> (siehe Ziffer 14) wird bestätigt. Es hat vorgelegen:		
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes	<input type="checkbox"/> Familienbuch / -stammbuch	
<input type="checkbox"/>		
Es ist beigelegt:		
<input type="checkbox"/>		
Dienststempel	Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden	