

 Versicherungsnummer <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	Kennzeichen (soweit bekannt) <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	Eingangsstempel <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	Datum der Antragstellung <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
---	---	---	--

## Antrag auf Versichertenrente

# R100

**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.

### 1 Beantragte Rente

<input type="checkbox"/> Rente wegen Erwerbsminderung	<b>Vordruck R210 bitte beifügen Vordruck R240 bitte beifügen, sofern Sie vor dem 1.1.1955 geboren sind</b>	<b>75</b>
<input type="checkbox"/> Rente für Bergleute wegen verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau	<b>Vordruck R210 bitte beifügen Vordruck R240 bitte beifügen, sofern Sie vor dem 1.1.1955 geboren sind</b>	<b>71</b>
<input type="checkbox"/> Rente für Bergleute wegen Vollendung des 50. Lebensjahres	<b>Vordruck R210 bitte beifügen Vordruck R240 bitte beifügen, sofern Sie vor dem 1.1.1955 geboren sind</b>	<b>72</b>
<input type="checkbox"/> Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod des geschiedenen Ehegatten / früheren Lebenspartners	<b>Vordruck R220 bitte beifügen Vordruck R240 bitte beifügen, sofern Sie vor dem 1.1.1955 geboren sind</b>	<b>45</b>
<input type="checkbox"/> Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod des Ehegatten / Lebenspartners bei durchgeführtem Rentensplitting	<b>Vordruck R660 bitte beifügen</b>	
<input type="checkbox"/> Regelaltersrente		<b>16</b>
<input type="checkbox"/> Altersrente für langjährig Versicherte	<b>Vordruck R240 bitte beifügen</b>	<b>63</b>
<input type="checkbox"/> Altersrente für schwerbehinderte Menschen	<b>Schwerbehindertenausweis oder Anerkennungsbescheid und Vordruck R240 bitte beifügen</b>	<b>62</b>
<input type="checkbox"/> Altersrente für Berufsunfähige oder Erwerbsunfähige	<b>Vordruck R210 / Vordruck R240 bitte beifügen</b>	
<input type="checkbox"/> Altersrente wegen Arbeitslosigkeit	<b>Unterlagen über Arbeitslosigkeit / Altersteilzeitarbeit und Vordruck R240 bitte beifügen</b>	<b>17</b>
<input type="checkbox"/> Altersrente nach Altersteilzeitarbeit		
<input type="checkbox"/> Altersrente für Frauen	<b>Vordruck R240 bitte beifügen</b>	<b>18</b>
<input type="checkbox"/> Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute		<b>19</b>
<input type="checkbox"/> Knappschaftsausgleichsleistung		<b>10</b>

Die Altersrente soll gezahlt werden als

Vollrente    1/3 Teilrente    1/2 Teilrente    2/3 Teilrente

Die beantragte Altersrente soll beginnen am

Tag	Monat	Jahr
0	1	

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

## 2 Angaben zur Person

Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Geburtsort (Kreis, Land)			
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort	Telefax (Angabe freiwillig)	
E-Mail (Angabe freiwillig)			
Wohnsitz am 18.5.1990 (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

**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von			
Name, Vorname / Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)			
in der Eigenschaft als			
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Vormund	<input type="checkbox"/> Betreuer	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort	Telefax (Angabe freiwillig)	
E-Mail (Angabe freiwillig)			

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

#### 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 vergleiche Kontoauszug):	
IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
<b>D E</b>	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend (Name, Vorname, Anschrift)	

#### 5 Angaben zum Versicherungsverlauf

Haben Sie in einem Kontenklärungsverfahren bereits einen Versicherungsverlauf erhalten?
<input type="checkbox"/> nein, bitte <b>Antrag auf Kontenklärung</b> (Vordruck V100, wenn Sie vor 1979 geboren sind, bzw. Vordruck V101, wenn Sie nach 1978 geboren sind) ausfüllen und beifügen und die Fragen <b>10 bis 14</b> beantworten
<input type="checkbox"/> ja, bitte alle weiteren Fragen beantworten

#### 6 Beitragszeiten

**Beweismittel bitte beifügen**

<b>6.1</b> Haben Sie <b>Beitragszeiten / Beschäftigungszeiten</b> im Inland zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf <b>nicht</b> aufgeführt sind (z. B. als Lehrling, Arbeiter, Angestellter, Beschäftigter im Bergbau, Seemann, Selbständiger, Künstler, Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter ab 1.4.1999, freiwillig Versicherter)?			
<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> ja, bitte hier <b>Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:</b>			
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?
<b>6.2</b> Sind Sie <b>geringfügig</b> beschäftigt (400-EUR-Beschäftigung)?			
vom - bis			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**Beweismittel bitte beifügen**

**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 1.4.1995**, die noch nicht im Versicherungsverlauf aufgeführt sind.

vom - bis

nein  ja

Name und Anschrift der Pflegekasse bzw. des Pflegeversicherungsunternehmens

Aktenzeichen

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 sind 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

vom - bis

Art der Berufsausbildung

**Nachweise**  sind beigefügt  liegen nicht mehr vor  werden nachgereicht

**6.6** Haben Sie 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?

vom - bis

nein  ja

Staat

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**Beweismittel bitte beifügen**

**6.7** Haben Sie **im Ausland** 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

nein  ja

\_\_\_\_\_  
Versicherungsträger / Versorgungssystem

\_\_\_\_\_  
Staat

\_\_\_\_\_  
ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

**6.8** Wurde Ihnen zuletzt **vor dem 1.1.1992** ein **Anerkennungsbescheid** über Zeiten nach dem Fremdrentengesetz oder dem Deutsch-polnischen Rentenabkommen vom 9.10.1975 erteilt?

nein  ja, **bitte Vordruck V700** für Zeiten im Beitrittsgebiet,

**Vordruck V722** für Zeiten in Polen,

**Vordruck V710** für Zeiten in einem anderen Herkunftsland,

**ggf. Vordruck V711** für Zeiten in der Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten,

**ggf. Vordruck V712** für Zeiten in Rumänien

**ausfüllen und beifügen**

**6.9** Sind Sie anerkannter Verfolgter im Sinne des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligungen für Opfer politischer Verfolgung im Beitrittsgebiet (Berufliches Rehabilitierungsgesetz)?

nein  ja, Bescheinigung der Rehabilitierungsbehörde ist beigelegt

Gegen die Rehabilitierungsbescheinigung ist ein Rechtsbehelf eingelegt worden.

**7 Ersatzzeiten**

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

Haben Sie **Ersatzzeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?

- betrifft nur Zeiten bis zum 31.12.1991 -

nein  ja, **bitte Vordruck V400 ausfüllen und beifügen**

**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 Fachschulausbildung, Fachhochschulausbildung oder Hochschulausbildung, berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme)

**8.1** Haben Sie **Anrechnungszeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?

nein  ja, **bitte Vordruck V410 ausfüllen und beifügen**

**8.2** Hat während Zeiten der Arbeitslosigkeit die **Agentur für Arbeit, eine Kommune oder eine Arbeitsgemeinschaft Beiträge** an eine Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung, an ein Versicherungsunternehmen oder an Sie selbst gezahlt?

vom - bis

nein  ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

## 9 Angaben zu den Kindern

**9.1** Machen Sie Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend?

nein  ja, **bitte Vordruck V800 ausfüllen und beifügen**

Kein Antrag, weil sowohl Kindererziehungszeiten als auch Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung bereits bei mir oder bei einem anderen Berechtigten **anerkannt** worden sind.

---

**9.2** Machen Sie Zeiten der **nicht** erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres geltend? - **frühestens ab dem 1.1.1992** -

vom - bis

nein  ja \_\_\_\_\_

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind  Pflegekind  zum Haushalt gehörendes Stiefkind

**bitte Bescheid über Pflegeleistungen beifügen**

## 10 Sonstige Angaben

**10.1** Haben Sie eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf **eigene Versorgung** nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis?

Versorgungsdienststelle

nein  ja \_\_\_\_\_

Aktenzeichen

\_\_\_\_\_

Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten  ist beigefügt  liegt nicht vor

**10.2** Beziehen oder bezogen Sie bereits eine **Rente** aus **eigener Versicherung** oder haben Sie eine solche beantragt (auch im Ausland)?

vom - bis

nein  ja \_\_\_\_\_

beantragt am

\_\_\_\_\_

ggf. Grund der Ablehnung

\_\_\_\_\_

Versicherungsträger

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer bzw. Rentenzeichen

\_\_\_\_\_

**10.3 Bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung**

**10.3.1** Erzielen Sie Arbeitsentgelt?

nein  ja

**10.3.2** Erzielen Sie steuerrechtlichen Gewinn (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit)?

nein  ja

Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

**10.3.3** Erhalten Sie Entschädigungen (Diäten) für Abgeordnete oder Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (z. B. als Minister)?

nein  ja

**10.3.4** Erhalten Sie Vorruhestandsgeld?

nein  ja

seit

zählende Stelle

**10.3.5** Beziehen Sie kurzfristiges Erwerb ersatz Einkommen (z. B. Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld, Insolvenzgeld, Entgeltssicherung für ältere Arbeitnehmer, 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.

nein  ja

Bezugszeitraum vom - bis bzw. Antragsdatum

Art der Leistung

zählende Stelle (Name, Anschrift, Aktenzeichen)

#### 10.4 Bei Antrag auf Altersrente / Knappschaftsausgleichsleistung

##### Angaben zu dem Zeitraum bis zum Rentenbeginn

**10.4.1** Erzielen Sie innerhalb dieses Zeitraumes beitragspflichtige Einnahmen?

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.4.2

ja, bitte weitere Angaben machen

Arbeitsentgelt (ggf. auch aus geringfügiger Beschäftigung) / Vorruhestandsgeld

bis zum Rentenbeginn

Tag	Monat	Jahr

voraussichtlich nur bis

Ich erwarte eine über die regelmäßigen Einmalzahlungen (wie Urlaubsgeld oder Weihnachtsgeld) hinausgehende Sonderzahlung.

Die Anforderung der Gesonderten Meldung (Vordruck R250) werde ich veranlassen (Vordruck R250 wurde / wird mir ausgehändigt).

Die Anforderung der Gesonderten Meldung (Vordruck R250) soll durch den Rentenversicherungsträger erfolgen.

Die Anforderung der Gesonderten Meldung (Vordruck R250) entfällt, weil ich den Arbeitgeber bereits informiert habe, dass die Meldung abzugeben ist.

Die Anforderung der Gesonderten Meldung (Vordruck R250) entfällt, weil eine Hochrechnung unterbleiben soll (die Meldung zum Beschäftigungsende bitte abwarten).

Die Anforderung der Gesonderten Meldung (Vordruck R250) entfällt, weil ich die Knappschaftsausgleichsleistung beantragt habe.

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

Sozialleistung (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II)

Art der Leistung

Name / Anschrift der zahlenden Stelle / Aktenzeichen

bis zum Rentenbeginn

Tag Monat Jahr

voraussichtlich nur bis

nicht erwerbsmäßig ausgeübte Pflegetätigkeit mit Beitragszahlung einer Pflegekasse / eines privaten Versicherungsunternehmens

bis zum Rentenbeginn

Tag Monat Jahr

voraussichtlich nur bis

**10.4.2** Werden Sie ab Rentenbeginn Entschädigungen (Diäten) für Abgeordnete erhalten?

nein  ja

Die **Bescheinigung / Erklärung** (Vordruck R230)  ist beigefügt  wurde ausgehändigt

**Bei Antrag auf Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze**

**10.4.3** Haben Sie die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft beantragt?

am

nein  ja

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

**10.4.4** 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?

nein  ja

Die **Bescheinigung / Erklärung** (Vordruck R230)  ist beigefügt  wurde ausgehändigt

**Bei Antrag auf Regelaltersrente**

**10.4.5** Möchten Sie freiwillige Beiträge nachzahlen, sofern Sie die Wartezeit für die Regelaltersrente trotz anzurechnender Kindererziehungszeiten nicht erfüllen?

nein  ja, in folgender Höhe:

Höchstbeitrag  Regelbeitrag

Mindestbeitrag  halber Regelbeitrag

monatlicher Beitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**10.5** Wurde ein **Verfahren zum Versorgungsausgleich** wegen Ehescheidung / Aufhebung einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft ausgesetzt, weil Anrechte aus den neuen und alten Bundesländern zu verrechnen sind?

nein  ja

**10.5.1** Wurde ein **Versorgungsausgleich** wegen Ehescheidung / Aufhebung einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft durchgeführt?

nein  ja

**10.5.2** Lebt der frühere Ehegatte / Lebenspartner noch?

nein  ja  nicht bekannt

**10.6** Ist die zum Rentenantrag führende **Erwerbsminderung / Schwerbehinderung** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.7

ja, **bitte Fragebogen** wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (**Vordruck R870**) ausfüllen und beifügen

**10.6.1** Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (z. B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

am

nein  ja

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

**10.7** Haben Sie auf einem **Rheinschiff** eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausgeübt?

vom - bis

nein  ja

Berufsbezeichnung

Sitz des Arbeitgebers

**10.8** Haben Sie **Zeiten nach dem Fremdrentengesetz** zurückgelegt?

nein  ja, **bitte Vordruck R860 ausfüllen und beifügen**, wenn Sie nach dem 6.5.1996 nach Deutschland zugezogen sind oder sich im Ausland aufhalten,  
**Vordruck R865 ausfüllen und beifügen**, wenn Sie in Russland gearbeitet haben.

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 11 Andere Leistungen

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

### 11.1 Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

\_\_\_\_\_ verstorbener Versicherter (Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum)

### 11.2 Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

\_\_\_\_\_ Unfalltag

\_\_\_\_\_ Art der Leistung (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren angeben)

#### 11.2.1 Wurde eine Unfallrente abgefunden?

Unfalltag

Jahr der Abfindung

nein  ja

### 11.3 Krankengeld von einer Krankenkasse

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

#### 11.3.1 Liegt der Antragstellung eine Aufforderung der Krankenkasse zugrunde?

nein  ja

### 11.4 Übergangsgeld von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger; Verletztengeld von der Berufsgenossenschaft; Versorgungskrankengeld vom Versorgungsamt

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

\_\_\_\_\_ Art der Leistung

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**11.5 Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld, Eingliederungshilfe, Entgeltsicherung für ältere Arbeitnehmer, Übergangsbeihilfe, Gründungszuschuss, Aufstockungsbeträge zum Arbeitsentgelt bei Altersteilzeitarbeit** von der Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einer Arbeitsgemeinschaft

Die Angaben zum Arbeitslosengeld II, zum Sozialgeld und zum Einstiegsgeld sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigzte Angehörige** Leistungen nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuches - Grundsicherung für Arbeitsuchende - erhalten oder erhalten haben.

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

\_\_\_\_\_ Art der Leistung

**11.5.1** Liegt der Antragstellung eine Aufforderung der Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einer Arbeitsgemeinschaft zugrunde?

nein  ja

**11.6 Unterhaltshilfe** nach dem Lastenausgleichsgesetz

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

**11.7 Versorgungsrente** vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

**11.8 Sozialhilfe, Grundsicherung** vom Sozialhilfeträger

Die Angaben zur Sozialhilfe und zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigzte Angehörige** Leistungen nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches - Sozialhilfe - erhalten oder erhalten haben.

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

\_\_\_\_\_ Art der Leistung

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**11.9 Kinderzuschlag** zum Kindergeld von der Familienkasse

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

**11.10 Elterngeld** von den Elterngeldstellen

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

**11.11 Leistungen** von der **Landwirtschaftlichen Alterskasse** einschließlich Alterskasse für den Gartenbau

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

\_\_\_\_\_ Art der Leistung

**11.12 Ausbildungsförderung** nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

\_\_\_\_\_ bei Hochschulbesuch: Name, Anschrift des zuständigen Studentenwerks

**11.13 Krankenbezüge / Krankengeldzuschuss** von einem Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

**11.14 Jugendhilfe** nach dem Achten Buch des Sozialgesetzbuches - Kinder- und Jugendhilfe -

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

**11.15 Sonstige Leistungen** (z. B. Kriegsopferversorge, nach dem Unterhaltssicherungsgesetz, vom Träger der Zusatzversorgung im Schornsteinfegerhandwerk, von der Arbeitsgemeinschaft der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und Rentenversicherung in Bochum, Versorgungsleistung nach § 9 Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz)

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

\_\_\_\_\_ Art der Leistung

## 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 1.1.1984 einen solchen Anspruch hatten.

## 13 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

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

\_\_\_\_\_ Name der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

\_\_\_\_\_ Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

Die Meldung zur KVdR (Vordruck R810)

ist beigefügt  wird nachgereicht  wurde weitergeleitet

**13.2** Üben Sie über den Rentenbeginn hinaus eine hauptberufliche selbständige 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?

nein, bitte weiter bei Ziffer 14

ja, bitte die weiteren Fragen beantworten

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

nein  ja

**13.3.2** 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)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

Die Fragen der Ziffern 13.3.3 und ggf. 13.3.4 bitte nur beantworten, wenn Sie privat krankenversichert sind.

<b>13.3.3</b> Sollen Beitragsaufwendungen bei einer privaten Krankenversicherung für Familienangehörige berücksichtigt werden?	Familienangehöriger (Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Höhe des monatlichen Gesamteinkommens (EUR) des / der Familienangehörigen	
<b>13.3.4</b> Ist der Familienangehörige Rentner?	seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Rentenversicherungsträger	
Versicherungsnummer	
<b>Bitte Vordruck R821 vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ausfüllen lassen.</b>	
Der Vordruck R821 <input type="checkbox"/> ist beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kindschaftsverhältnis	
<input type="checkbox"/> leibliches Kind / Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind	
<input type="checkbox"/> 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.)	
<b>Nachweise</b> benötigen wir <b>nicht, wenn</b> die <b>Angaben</b> in diesem Antrag <b>bestätigt</b> 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 <b>Stiefkind</b> auch Heiratsurkunde / Eheurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde und Bestätigung der Meldebehörde über die häusliche Gemeinschaft, bei einem <b>Pflegekind</b> auch Bescheinigung über Anerkennung des Pflegekindschaftsverhältnisses und Bescheinigung über die häusliche Gemeinschaft.	

Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt) 
-------------------------	-------------------------------------

### 15 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (z. B. 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 / 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 Erwerbseinkommen 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 10.4.1 nichts anderes bestimmt habe), dass der Rentenversicherungsträger zur Beschleunigung des Rentenverfahrens

- frühestens 3 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 3 Monate) hochrechnet und
- diese der Rentenberechnung zugrunde legt.

**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 Urlaubsgeld 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.

Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt) 
-------------------------	-------------------------------------

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 Beitragshöhe 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, von 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 europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gelten (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

**17 Anlagen**

Vordruck R990 bitte beifügen

**18 Bestätigungsvermerk**

Die <b>Angaben zur Person</b> der Rentenbewerberin / des Rentenbewerbers werden bestätigt durch	
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde / 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 / Familienstammbuch
<input type="checkbox"/>	
Es ist beigefügt:	
<input type="checkbox"/>	
Dienststempel	Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden