

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

## Fragebogen / Bescheinigung zur Prüfung des Waisenrentenanspruchs

# R0616

**Hinweis:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (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 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (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 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Name	Vorname (Rufname)
Geburtsname	Geburtsdatum

### 2 Angaben zur Person der über 18 Jahre alten Waise

Name	Vorname (Rufname)
Geburtsname	Geburtsdatum / Versicherungsnummer der Waise
	Tag      Monat      Jahr 

### 3 Angaben über die Ausbildung

<b>3.1 Sind Sie derzeit in Ausbildung?</b> Art der Ausbildung	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>3.2 Beabsichtigen Sie die Aufnahme einer (weiteren) Ausbildung?</b> Art der Ausbildung	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
voraussichtlicher Beginn	
weitere Angaben zu der beabsichtigten Ausbildung	
_____ _____	

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten
--

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

#### 4 Angaben über Teilzeitunterricht, Abendunterricht beziehungsweise Fernunterricht

<p><b>4.1</b> Handelt es sich bei der unter Ziffer 5 bestätigten Ausbildung um Teilzeitunterricht oder Abendunterricht? an wie vielen Tagen muss die Ausbildungsstätte regelmäßig wöchentlich aufgesucht werden</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p> <p>bitte weiter bei Ziffer 4.3</p>
<p><b>4.2</b> Handelt es sich bei der unter Ziffer 5 bestätigten Ausbildung um Fernunterricht? muss die Ausbildungsstätte regelmäßig wöchentlich aufgesucht werden und wie oft</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p>
<p><b>4.3</b> Welche Zeit beansprucht der Schulweg? (bitte Minuten für die einfache Wegstrecke angeben)</p>
<p>Anmerkungen</p>
<p>Ort, Datum <span style="float: right;">Telefon (Durchwahl)</span></p>
<p>_____ Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers</p>

#### Hinweis:

Bei Schule, Fachschule, Fachhochschule, Hochschule, berufsbezogenem Praktikum bitte **Ziffern 5 und gegebenenfalls 7** ausfüllen und bescheinigen lassen.

Bei Berufsausbildung, berufsvorbereitender Bildungsmaßnahme, berufsbezogenem Praktikum bitte **Ziffern 6 und gegebenenfalls 7** ausfüllen und bescheinigen lassen.

Bei Ableistung eines Freiwilligendienstes bitte **Ziffer 8** ausfüllen und bescheinigen lassen.

Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 5 Bescheinigung der Schule, Fachschule, Fachhochschule, Hochschule

Name / Vorname		Geburtsdatum	
befindet sich in _____ zurzeit Klasse / Semester			
<input type="checkbox"/>	<b>Schulbildung</b>	seit (erster Unterrichtstag in dieser Klasse / in diesem Semester) _____	
		zurzeit Klasse / Semester _____	
<input type="checkbox"/>	<b>Fachschulbildung</b>	seit (erster Unterrichtstag in dieser Klasse / in diesem Semester) _____	
		vom - bis _____	
<input type="checkbox"/>	Vollzeitunterricht	vom - bis _____	
<input type="checkbox"/>	Teilzeitunterricht	Unterrichtsstunden wöchentlich _____	
		vom Ausbildungsinstitut für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit (wöchentlich) _____	
voraussichtliche Beendigung der Ausbildung / Abschluss Tag / Monat / Jahr _____			
<input type="checkbox"/>	Aushändigung des letzten Zeugnisses am _____		Tag / Monat / Jahr _____
<input type="checkbox"/>	bei Fachschule gegebenenfalls ergänzend: Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses am _____		
<input type="checkbox"/>	<b>Fachhochschulbildung beziehungsweise Hochschulbildung</b>	seit (Beginn des Studiums) _____	
		zurzeit Semester (Datum des Semesterbeginns) _____	
		erforderliche Semester _____	
		voraussichtliche Semester bis Abschluss _____	
		Abschluss durch _____	
		gegebenenfalls Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses am (Tag / Monat / Jahr) _____	
Wurde das Studium erst nach Vorlesungsbeginn aufgenommen?			
		Tag / Monat / Jahr _____	
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, am _____
		Grund _____	

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten
--

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

noch Ziffer 5

<input type="checkbox"/>	<b>Beurlaubung vom Studium</b>
<input type="checkbox"/> zurzeit vom Studium beurlaubt	vom - bis _____ Grund der Beurlaubung _____
<input type="checkbox"/> beurlaubt für das nächste Semester	vom - bis _____ Grund der Beurlaubung _____
<input type="checkbox"/>	<b>Teilnahme an einem Fernlehrgang (Fernunterricht)</b>
	Unterrichtsstunden wöchentlich _____  vom Ausbildungsinstitut für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit (wöchentlich) _____  voraussichtliche Beendigung der Ausbildung / Abschluss am (Tag / Monat / Jahr der Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses) _____
<input type="checkbox"/>	<b>Abendunterricht oder Teilzeitstudium</b>
	Unterrichtsstunden wöchentlich _____  vom Ausbildungsinstitut für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit (wöchentlich) _____  voraussichtliche Beendigung der Ausbildung / Abschluss am (Tag / Monat / Jahr der Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses) _____
<input type="checkbox"/>	<b>berufsbezogenem Praktikum</b>
	Das Praktikum vom _____ bis _____ ist nach den Ausbildungsplänen beziehungsweise Studienplänen der Schule, Fachschule, Fachhochschule, Hochschule verlangt, gewünscht oder empfohlen: <input type="checkbox"/> in vollem Umfang <input type="checkbox"/> im Umfang von _____ Monaten
Ort, Datum	Telefon (Durchwahl)
Unterschrift	Stempel der Schule, Fachschule, Fachhochschule, Hochschule

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten
--

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

## 6 Bescheinigung der Ausbildungsstätte

Name / Vorname	Geburtsdatum
befindet sich in	
<input type="checkbox"/> <b>Berufsausbildung</b>	vom - bis _____
<input type="checkbox"/> <b>Vollzeitausbildung</b>	vom - bis _____
<input type="checkbox"/> <b>Teilzeitausbildung</b>	Ausbildungszeit wöchentlich _____
vom Ausbildungsinstitut für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit (wöchentlich) _____	
voraussichtliche Beendigung der Ausbildung / Abschluss	
Tag / Monat / Jahr	
am _____ (Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses)	
vom - bis _____	
<input type="checkbox"/> <b>berufsvorbereitender Bildungsmaßnahme</b>	
Förderung der Maßnahme von der Bundesagentur für Arbeit	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
gesetzliche Grundlage dieser Maßnahme	
Bescheinigung nach der Berufsausbildungsvorbereitungs-Bescheinigungsverordnung (BAVBVO) vorgesehen	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>bitte individuellen Qualifizierungsplan und Bescheinigung über den zeitlichen Umfang der Maßnahme beifügen</b>	
<input type="checkbox"/> <b>berufsbezogenem Praktikum</b>	
Das Praktikum vom _____ bis _____ wird von der Ausbildungsstätte verlangt, gewünscht oder empfohlen:	
<input type="checkbox"/> in vollem Umfang <input type="checkbox"/> im Umfang von _____ Monaten	
Ort, Datum	Telefon (Durchwahl)
Unterschrift der Ausbildungsstätte	Firmenstempel der Ausbildungsstätte

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten
--

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

## 7 Bescheinigung der Praktikumsstätte

Name / Vorname	Geburtsdatum
befindet sich in _____ seit _____	
<input type="checkbox"/> <b>berufsbezogenem Praktikum</b>	als _____
Der zeitliche Umfang der Praktikantentätigkeit beträgt _____ Stunden täglich.	
Das Praktikum steht im Zusammenhang mit einer Schulausbildung, Fachschulausbildung, Fachhochschulausbildung oder Hochschulausbildung:	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Das Praktikum steht im Zusammenhang mit einer Berufsausbildung oder einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme:	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ort, Datum	Telefon (Durchwahl)
Unterschrift der Praktikumsstätte	
Firmenstempel der Praktikumsstätte	

## 8 Bescheinigung über die Ableistung eines Freiwilligendienstes

Name / Vorname	Geburtsdatum
leistet einen Freiwilligendienst	
vom - bis _____	
genaue Bezeichnung des Freiwilligendienstes, zum Beispiel freiwilliges soziales oder freiwilliges ökologisches Jahr, Freiwilligendienst der EU, anderer Dienst im Ausland im Sinne des § 5 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes, entwicklungspolitischer Freiwilligendienst "weltwärts", Freiwilligendienst aller Generationen, Internationaler Jugendfreiwilligendienst, Bundesfreiwilligendienst	
Bezeichnung des Trägers, der Einsatzstelle beziehungsweise der Einrichtung	
Bezeichnung der Zulassungsbehörde	
Datum des Zulassungsbescheides	
Ort, Datum	Telefon (Durchwahl)
Unterschrift	
Dienststempel	