

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten
--

Kennzeichen (soweit bekannt)

Eingangsstempel

Datum der Antragstellung

Antrag auf

R0615

 Weiterzahlung der Waisenrente für eine über 18 Jahre alte Waise
 erneute Zahlung (nach Zahlungsunterbrechung) der Waisenrente für eine über 18 Jahre alte Waise

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 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
Straße, Hausnummer	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl Wohnort	Telefax (Angabe freiwillig)
E-Mail (Angabe freiwillig)	
persönliche Identifikationsnummer der Waise für steuerliche Zwecke	

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

3 Antragstellung durch andere Personen

**Vollmacht oder Beschluss des
Gerichts bitte beifügen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls 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)			

4 Zahlungsweg

Bei Zahlung auf ein Konto im Ausland ist eine Zahlungserklärung erforderlich.

(Vordruck R0851; wird gegebenenfalls übersandt)

Die Rente soll auf folgendes Konto überwiesen werden (IBAN siehe Kontoauszug oder EC-Karte):	
IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend (Name, Vorname, Anschrift)	

5 Begründung des Anspruchs

5.1 Die Waisenrente wird beantragt wegen einer
<input type="checkbox"/> Ausbildung, bitte Vordruck R0616 ausfüllen und beifügen , weiter bei Ziffer 5.3
Vordruck R0616 <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht vom - bis
<input type="checkbox"/> Ableistung eines Freiwilligendienstes _____
<input type="checkbox"/> Behinderung, bitte ärztliche Bescheinigung über die körperliche, geistige oder seelische Behinderung beifügen , weiter bei Ziffer 5.2
nur bei Ableistung eines Freiwilligendienstes:
5.1.1 Besteht für Sie ein Kindergeldanspruch oder wurde Kindergeld beantragt?
<input type="checkbox"/> nein, bitte Vordruck R0616 ausfüllen und beifügen , weiter bei Ziffer 5.3
Vordruck R0616 <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
<input type="checkbox"/> ja, bitte Kindergeldbescheid beifügen
Kindergeldbescheid <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
<input type="checkbox"/> ist nicht beigefügt, weil _____

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten
--

Kennzeichen (soweit bekannt)

<p>5.1.2 Geht aus dem Kindergeldbescheid hervor, dass der Kindergeldanspruch auf einem Freiwilligendienst beruht?</p> <p><input type="checkbox"/> nein, bitte zusätzlich die schriftliche Vereinbarung mit dem Träger des Freiwilligendienstes beifügen</p> <p>schriftliche Vereinbarung <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p>
<p>nur bei Behinderung:</p> <p>5.2 Erzielen Sie Arbeitsentgelt oder sonstiges Einkommen (zum Beispiel Krankengeld, Einkünfte aus Vermögen)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Nachweise beifügen</p>
<p>5.3 Haben Sie Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst geleistet?</p> <p style="padding-left: 40px;">vom - bis</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p> <p style="text-align: center;">bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen, sofern sie noch nicht vorgelegt wurde</p>
<p>5.4 Angaben bei Zahlungsunterbrechung</p> <p>Bitte nur angeben, falls die Waisenrente weggefallen war / ist und die Zahlung zu einem späteren Zeitpunkt (wieder) aufgenommen werden soll:</p> <p>5.4.1 Welche Tatsachen waren / sind für die Unterbrechung maßgebend (zum Beispiel Krankheit, Arbeitslosigkeit, fehlende Ausbildungsstelle)?</p>
<p>bitte Nachweise über Zeiten unvermeidbarer Unterbrechung (zum Beispiel Krankheitsbescheinigung) beifügen</p>

6 Andere Leistungen

<p>Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder wurde eine dieser Leistungen beantragt?</p>
<p>6.1 Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung</p> <p style="padding-left: 40px;">Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p> <p style="padding-left: 40px;">zahlende Stelle</p> <p style="padding-left: 40px;">Aktenzeichen</p>
<p>6.2 Waisenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren beziehungsweise Abfindungen angeben)</p> <p style="padding-left: 40px;">Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am</p> <p style="text-align: right;">Jahr der Abfindung</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p> <p style="padding-left: 40px;">zahlende Stelle</p> <p style="padding-left: 40px;">Aktenzeichen</p>

Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

6.3 Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld von einem Jobcenter

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

_____ Art der Leistung

6.4 Unterhaltsvorschuss vom Jugendamt oder Sozialamt

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

6.5 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

6.6 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

_____ Art der Leistung

6.7 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

6.8 Jugendhilfe vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII)

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

6.9 Ausbildungsförderung nach dem Bundesgesetz über individuelle Förderung der Ausbildung
- Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) -

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle (bei Hochschulbesuch: Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks)

_____ Aktenzeichen

6.10 Sonstige Leistungen (zum Beispiel von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker)

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

_____ Art der Leistung

6.11 Erhalten Sie Waisengeld nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen, entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis, von einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung einer Berufsgruppe, oder wurde eine solche Leistung beantragt?

Name des Elternteils

nein ja

_____ Versorgungsdienststelle

_____ Aktenzeichen

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten
--

Kennzeichen (soweit bekannt)

7 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

<p>7.1 Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse erfolgt die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner"? Angaben nur bei Antrag auf erneute Zahlung der Waisenrente erforderlich</p> <p>Name der Krankenkasse / Verwaltungsstelle</p>
<p>Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle</p>
<p>Meldung zur KVdR (Vordruck R0810)</p> <p><input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> wurde weitergeleitet</p>
<p>7.2 Beantragen Sie einen Zuschuss zu den Aufwendungen für eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder für die Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 8</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p>
<p>7.2.1 Wird zu einer weiteren Rente bereits ein Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt oder ist dieser beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>7.2.2 Besteht oder bestand in der Zeit, für die Sie einen Zuschuss beantragen, Versicherungspflicht in einer deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung?</p> <p>Name und Anschrift der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Grund der Versicherungspflicht (zum Beispiel Beschäftigungsverhältnis, Versicherungspflicht als Arbeitsloser, Einwohnerkrankenversicherung)</p>
<p>7.2.3 Sind Sie privat krankenversichert?</p> <p><input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 8</p> <p><input type="checkbox"/> ja, bitte Vordruck R0821 vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ausfüllen lassen</p> <p>Vordruck R0821 <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> wurde weitergeleitet</p>
<p>7.2.4 Sollen Beitragsaufwendungen bei einer privaten Krankenversicherung für Familienangehörige berücksichtigt werden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 8</p> <p><input type="checkbox"/> ja, die Beitragsaufwendungen sind vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ebenfalls im Vordruck R0821 einzutragen</p> <p>Familienangehöriger (Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis)</p> <p>_____</p> <p>Höhe des monatlichen Gesamteinkommens des / der Familienangehörigen</p> <p style="text-align: right;">EUR</p>
<p>7.2.5 Ist der Familienangehörige Rentner?</p> <p>seit _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Rentenversicherungsträger</p> <p>_____</p> <p>Versicherungsnummer</p>

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

8 Pflegeversicherung

Bitte beantworten, wenn Sie das 23. Lebensjahr bereits vollendet haben oder demnächst vollenden werden:

8.1 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 zu dieser Frage benötigen wir **nicht, wenn die Angaben unter Ziffer 13 bestätigt** werden. Ansonsten benötigen wir wahlweise zum Beispiel (gegebenenfalls 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.

9 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 / Textdatei im ".doc"-Format)

als Hörmedium (CD-DAISY Format)

10 Erklärung der Waise

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazu gehörenden 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 Erhalt des Rentenbescheides

- eine Leistung nach Ziffer 6 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- die Schulausbildung oder Berufsausbildung beendet oder unterbrochen wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
--	---------------------------------

noch Ziffer **10**

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 (zum Beispiel bei Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges - Bundesversorgungsgesetz - BVG -, dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung - Bundesentschädigungsgesetz - BEG - oder bei Auslandsaufenthalt),
- b) jede Veränderung der Beitragshöhe oder Prämienhöhe zur privaten Krankenversicherung,
- c) den Beginn einer Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel 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 (zum Beispiel 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 Europäischen Union - EU - sowie Island, Lichtenstein, 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 "Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung" (Vordruck R0815) habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

11 Information der Antragstellerin / des Antragstellers bei Antrag auf Waisenrente wegen Behinderung

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir **medizinische Daten**, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer Einwilligung erhalten, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Versorgungsämter oder Berufsgenossenschaften) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben **weitergeben dürfen**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (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 SGB I).

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten bzw. Rehabilitationsaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder der privaten Krankenkassen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

