

# R100

## 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).

Eingangsstempel

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



<b>1</b>	<b>Beantragte Rente</b>		
<input type="checkbox"/>	Rente wegen Erwerbsminderung	<b>Vordruck R210 bitte beifügen</b>	<b>75</b>
<input type="checkbox"/>	Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> des geschiedenen Ehegatten / früheren Lebenspartners		<b>45</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> des Ehegatten / Lebenspartners bei durchgeführtem Rentensplitting	<b>Vordruck R220 bitte beifügen</b>	
<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 Versicherte, die als schwerbehinderte Menschen nach § 2 Abs. 2 des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches anerkannt sind	<b>Bitte beifügen:</b> - <b>Schwerbehindertenausweis oder Anerkennungsbescheid</b> - <b>Vordruck R240</b>	<b>62</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wegen Vollendung des 60. Lebensjahres für Versicherte, die berufs- unfähig oder erwerbsunfähig sind	- <b>Vordruck R210</b> - <b>Vordruck R240</b>	
<input type="checkbox"/>	Altersrente <input type="checkbox"/> wegen Arbeitslosigkeit	<b>Bitte beifügen:</b> - <b>Unterlagen über Arbeitslosigkeit / Altersteilzeitarbeit</b> - <b>Vordruck R240, sofern Sie vor dem 15.02.1944 oder nach dem 31.12.1945 geboren sind</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 bitte beifügen, sofern Sie vor dem 08.05.1944 geboren sind</b>	<b>18</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
01		

<b>2</b>	<b>Angaben zur Person</b>
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)
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort
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	Ort, Gebiet, Staat
Familienstand	aus
<input type="checkbox"/> nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden) / nicht in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend	<input type="checkbox"/> verheiratet / wiederverheiratet / in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend

**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:

Bankleitzahl

Kontonummer

Geldinstitut (Name, Ort)

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

**5 Angaben zum Versicherungsverlauf**

Haben Sie in einem Kontenklärungsverfahren bereits einen Versicherungsverlauf erhalten?

(bitte **Antrag auf Kontenklärung** - Vordruck V100 - ausgefüllt beifügen) **nein**, und die Fragen der Ziffern **10 bis 13** beantworten) **ja**, (bitte alle weiteren Fragen beantworten)**6 Beitragszeiten****Beweismittel bitte beifügen**

**6.1** Haben Sie **Beitragszeiten / Beschäftigungszeiten** im Bundesgebiet oder im Beitrittsgebiet 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 auflisten:**

Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	Genauere 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> und zu welchem <b>Rentenversicherungsträger</b> wurden Beiträge gezahlt?
Beispiel 15.11.2005 - 31.03.2006	Tischler	Firma Lehmann, Berliner Str. 15, Karlsruhe, Kleinmöbelhersteller	AOK Baden-Württemberg Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

**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, für die Beiträge gezahlt wurden und die im Versicherungsverlauf noch nicht als solche gekennzeichnet sind? (Als Nachweise sind z. B. Lehrvertrag / Prüfungszeugnis sowie Bescheinigung über die Höhe des erzielten Arbeitsentgelts beizufügen.)

vom - bis

Art der Berufsausbildung

**Nachweise** nein ja

vom - bis

Art der Berufsausbildung

 sind beigefügt liegen nicht mehr vor

**Beweismittel bitte beifügen**

**6.6** Waren Sie in der Zeit **vom 01.06.1945 bis 30.06.1965** als Lehrling oder sonst zu Ihrer **Berufsausbildung** (z. B. Praktikant) beschäftigt, **ohne** dass für diese Zeit **Pflichtbeiträge** gezahlt worden sind? (Nachweise sind z. B. Lehrvertrag, Lehranzeige, Prüfungszeugnis, landwirtschaftlicher Gesellenbrief)

vom - bis \_\_\_\_\_ Art der Berufsausbildung \_\_\_\_\_ **Nachweise**  
 nein  ja \_\_\_\_\_  sind beigefügt  
 vom - bis \_\_\_\_\_ Art der Berufsausbildung \_\_\_\_\_  liegen nicht mehr vor

**6.7** Haben Sie in der Zeit **vom 01.03.1957 bis 30.04.1961** Wehrdienst **bei der Bundeswehr** oder Zivildienst (früher Ersatzdienst) geleistet, der im Versicherungsverlauf **nicht** als **"Pflichtbeiträge Wehrdienst, Zivildienst"** gekennzeichnet ist?

vom - bis \_\_\_\_\_ vom - bis \_\_\_\_\_  
 nein  ja

**6.8** Wurden für Sie in der Zeit **vom 01.07.1975 bis 31.12.1991** Beiträge als behinderter Mensch in einer geschützten Einrichtung gezahlt, die im Versicherungsverlauf **nicht** als **"Pflichtbeiträge in geschützter Einrichtung"** gekennzeichnet sind?

vom - bis \_\_\_\_\_ vom - bis \_\_\_\_\_ vom - bis \_\_\_\_\_  
 nein  ja \_\_\_\_\_  
 Bezeichnung der Einrichtung \_\_\_\_\_

**6.9** 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 \_\_\_\_\_ Staat \_\_\_\_\_  
 nein  ja

**6.10** Haben Sie in einem **anderen Staat Beiträge** zu einem Versicherungsträger bzw. Versorgungsträger gezahlt, Zeiten einer gesetzlichen Versicherung zurückgelegt oder Versorgungsanwartschaften erworben?  
 Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (z. B. für Beamte / gleichgestellte Personen, Selbständige, Landwirte).

vom - bis \_\_\_\_\_ Versicherungsträger / Versorgungssystem \_\_\_\_\_  
 nein  ja \_\_\_\_\_  
 Staat \_\_\_\_\_ ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

**6.11** Wurde Ihnen zuletzt **vor dem 01.01.1992** ein **Anerkennungsbescheid** über Zeiten nach dem Fremdrentengesetz oder dem Deutsch-polnischen Rentenabkommen vom 09.10.1975 erteilt?

nein  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. militärischer oder militärähnlicher Dienst, Kriegsgefangenschaft, deutscher Minenräumdienst nach dem 08.05.1945, Internierung oder Verschleppung, durch feindliche Maßnahmen verhinderte Rückkehr von Nichtkriegsteilnehmern aus dem Ausland oder aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten, Verfolgung, Gewahrsam, Freiheitsentzug im Beitrittsgebiet mit Rehabilitation, Vertreibung, Flucht, Umsiedlung oder Aussiedlung, an diese Zeiten anschließende Krankheit oder unverschuldete Arbeitslosigkeit)

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

- betrifft nur Tatbestände nach Vollendung des 14. Lebensjahres für 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, Schlechtwettergeld bis 31.12.1978, 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 abgeschlossene nicht versicherungspflichtige oder versicherungsfreie Lehrzeit bis 28.02.1957, nach Vollendung des 17. Lebensjahres liegende weitere Schulausbildung oder Fachschul-, Fachhochschul- 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** Wurden von der **Agentur für Arbeit Beiträge** an eine Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung, an ein Versicherungsunternehmen oder an Sie selbst gezahlt?

vom - bis \_\_\_\_\_  
 nein  ja

**9 Angaben zu Kindern**

**9.1** Werden Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend gemacht?  
 nein  ja, **bitte Antrag - Vordruck V800 - ausfüllen und beifügen**  Kein Antrag, weil sowohl Kindererziehungszeiten als auch Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung bereits beim Antragsteller oder bei einem anderen Berechtigten **anerkannt** worden sind

**9.2** Werden Zeiten der **nicht** erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres geltend gemacht? - **frühestens ab dem 01.01.1992** -  
 nein  ja vom - bis  Kindschaftsverhältnis  leibliches Kind  Pflegekind  zum Haushalt gehörendes Stiefkind **Bitte Bescheid über Pflegeleistungen beifügen**

**10 Sonstige Angaben**

**10.1** Haben Sie Anwartschaft oder Anspruch auf **eigene Versorgung** nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis?  
 nein  ja Versorgungsdienststelle, Aktenzeichen **Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten bitte beifügen**

**10.2** Beziehen oder bezogen Sie bereits eine **Rente aus eigener Versicherung** oder haben Sie eine solche beantragt (auch in der ehemaligen DDR oder im Ausland)?  
 nein  ja vom - bis  beantragt am  ggf. Grund der Ablehnung  
Versicherungsträger, Versicherungsnummer bzw. Rentenzeichen

**10.3 Bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung**  
Stehen Sie in einem Beschäftigungsverhältnis?  
 nein  ja

Erzielen Sie steuerrechtliche Gewinne (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit)?  
 nein  ja

Sind Sie Abgeordneter oder stehen Sie in einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (z. B. als Minister)?  
 nein  ja

Beziehen Sie kurzfristiges Erwerbseinkommen (z.B. Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, 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.  
 nein  ja Bezugszeitraum vom - bis bzw. Antragsdatum, Art der Leistung, zahlende Stelle (Name, Anschrift, Aktenzeichen)

**10.4 Bei Antrag auf Altersrente**  
Sind Sie versicherungspflichtig bzw. geringfügig beschäftigt?  
 nein  ja, Entgeltvorausbescheinigung (Vordruck R250) bitte beifügen **Die Entgeltvorausbescheinigung (Vordruck R250)**  
 ist beifügt.  wurde ausgehändigt.

Werden Sie ab Rentenbeginn Abgeordnetenbezüge (Diäten) erzielen?  
 nein  ja **Die Bescheinigung / Erklärung (Vordruck R230)**  
 ist beifügt.  wurde ausgehändigt.

**Bei Antrag auf Altersrente vor Vollendung des 65. Lebensjahres**  
Haben Sie die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft beantragt?  
 nein  ja am  bei welcher Stelle? Aktenzeichen

Werden Sie ab Rentenbeginn Arbeitsentgelt oder steuerrechtliche Gewinne (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit) oder Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (z. B. als Minister) erzielen?  
 nein  ja **Die Bescheinigung / Erklärung (Vordruck R230)**  
 ist beifügt.  wurde ausgehändigt.

**10.5** Wurde ein **Versorgungsausgleich** wegen Ehescheidung / Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft durchgeführt?  
 nein  ja Lebt der frühere Ehegatte / Lebenspartner noch?  
 nein  ja letzte Anschrift  
 nein  ja Sind Sie Ihrem früheren Ehegatten / Lebenspartner zum Unterhalt verpflichtet? Unterhaltstitel / Unterhaltsvereinbarung und Zahlungsnachweis bitte beifügen

**10.6** Ist die zum Rentenanspruch führende **Erwerbsminderung / Schwerbehinderung** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?  
 nein  ja, Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Vordruck R870) bitte beifügen  
 nein  ja Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (z. B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)?  
 nein  ja am  bei welcher Stelle? Aktenzeichen

**10.7** Haben Sie auf einem **Rheinschiff** eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausgeübt?  
 nein  ja vom - bis  Berufsbezeichnung  Sitz des Arbeitgebers

**10.8** Wurden Zeiten nach dem Fremdrentengesetz zurückgelegt?  
 nein  ja, **bitte Vordruck R860 ausgefüllt beifügen**, wenn Sie nach dem 06.05.1996 nach Deutschland zugezogen sind oder sich im Ausland aufhalten

**10.9** 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 beifügt  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
11.1 <b>Hinterbliebenenrente</b> aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstorbener Versicherter (Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum)
11.2 Leistungen aus der gesetzlichen <b>Unfallversicherung</b> oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unfalltag, Art der Leistung (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren angeben)
Wurde eine Unfallrente abgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unfalltag <span style="float: right;">Jahr der Abfindung</span>
11.3 <b>Arbeitsentgelt</b> für eine Zeit, in der eine Beschäftigung tatsächlich nicht mehr ausgeübt wird oder wurde (z. B. nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz, Dienstbezüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beginn des Beschäftigungsverhältnisses
11.4 <b>Vorruhestandsgeld</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bescheinigung über Zeitraum und Nettobetrag bitte beifügen.
11.5 <b>Krankengeld</b> von einer Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liegt der Rentenanspruchstellung eine Aufforderung der Krankenkasse zugrunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.6 <b>Übergangsgeld</b> von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger; <b>Verletztengeld</b> von der Berufsgenossenschaft; <b>Versorgungskrankengeld</b> vom Versorgungsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
11.7 <b>Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II*, Sozialgeld*, Einstiegs geld*, Eingliederungshilfe, Entgeltsicherung für ältere Arbeitnehmer, Unterhaltsgeld, Übergangsbeihilfe,</b> 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 Rentenanspruchstellung eine Aufforderung der Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einer Arbeitsgemeinschaft zugrunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.8 <b>Unterhaltshilfe</b> nach dem Lastenausgleichsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.9 <b>Versorgungsrente</b> vom Versorgungsamt oder entsprechenden ausländischen Stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.10 <b>Sozialhilfe*, Grundsicherung*</b> vom Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
11.11 <b>Kinderzuschlag</b> zum Kindergeld von der Familienkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.12 <b>Leistungen</b> von der <b>Landwirtschaftlichen Alterskasse</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
11.13 <b>Ausbildungsförderung</b> nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei Hochschulbesuch: Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks
11.14 <b>Krankenbezüge / Krankengeld-zuschuss</b> von einem Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.15 <b>Jugendhilfe</b> nach dem Achten Buch des Sozialgesetzbuches - Kinder- und Jugendhilfe -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.16 <b>Sonstige Leistungen</b> (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 Einstiegs geld (Ziffer 11.7) sowie zur Sozialhilfe und zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Ziffer 11.10) **sind auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigzte 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 Antrag - Vordruck R190 - ausfüllen und beifügenBitte beachten:  
Kinderzuschuss kann nur für ein Kind gezahlt werden, für das Sie bereits vor dem 01.01.1992 einen solchen Anspruch hatten.**13 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)**13.1 Bei welcher **gesetzlichen Krankenkasse** erfolgte die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner"?

Krankenkasse / Verwaltungsstelle (Name, Anschrift)

Die Meldung zur KVdR (Vordruck R810)

 ist beigefügt. wird nachgereicht. wurde weitergeleitet.13.2 Beantragen Sie einen **Zuschuss** zu den Aufwendungen zur Krankenversicherung, weil Sie **freiwillig** in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind? nein ja**Falls ja bei privater Krankenversicherung:**

Antrag auf Zuschuss (Vordruck R820)

 ist beigefügt. wurde ausgehändigt.**14 Pflegeversicherung**

Bitte beantworten, wenn Sie nach 1939 geboren sind:

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 und Bestätigung der Meldebehörde über die häusliche Gemeinschaft, bei einem **Pflegekind** auch Bescheinigung über Anerkennung des Pflegekindschaftsverhältnisses und Bescheinigung über die häusliche Gemeinschaft.**15 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 wesentlich 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 Erwerbserwerbseinkommen 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**, dass der Rentenversicherungsträger zur Beschleunigung des Rentenverfahrens die bis zum Ende des Vormonats des Rentenbeginns maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen im Voraus von der zahlenden Stelle (Arbeitgeber, Agentur für Arbeit bzw. Kommune oder Arbeitsgemeinschaft, Krankenkasse, Pflegekasse) anfordert und der Rentenberechnung zugrunde legt. Sollten die tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen von dem vorausbescheinigten Betrag 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.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

**Anlagen**

Vordruck R990 bitte beifügen

**Bestätigungsvermerk**Die **Angaben zur Person** der Rentenbewerberin / des Rentenbewerbers werden bestätigt durch Geburts- / Abstammungsurkunde gültigen Personalausweis gültigen ReisepassDas **Kindschaftsverhältnis** (siehe Ziffer 14) wird bestätigt. Es hat / haben vorgelegen: Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes Familienbuch / -stammbuch

Es ist / sind beigefügt:

Dienststempel

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden