

Antrag auf Hinterbliebenenrente

R500

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 zur Verfügung.



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)	Datum der Antragstellung Tag Monat Jahr
---	------------------------------	--

Eingangsstempel

1	Beantragte Rente	Witwenrente / Witwerrente nach dem vorletzten Ehegatten / Lebenspartner Vordruck R620 bitte beifügen.	Witwenrente / Witwerrente an den geschiedenen Ehegatten Vordruck R630 bitte beifügen.	21
<input type="checkbox"/>	Kleine oder große Witwenrente / Witwerrente			
Ich beantrage die große Witwenrente / Witwerrente vor Vollendung des 45. Lebensjahres , weil ich				
<input type="checkbox"/>	ein minderjähriges Kind erziehe oder für ein behindertes Kind Sorge (das Alter des behinderten Kindes ist hierbei ohne Bedeutung)		Beweismittel bitte beifügen.	21
<input type="checkbox"/>	mich für vermindert erwerbsfähig halte (Wenn keine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen wird:		Vordruck R210 bitte beifügen.)	21
<input type="checkbox"/>	Halbwaisenrente		Vordruck R610 bitte beifügen.	25
<input type="checkbox"/>	Vollwaisenrente		Vordruck R610 bitte beifügen.	26

2	Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten	Sterbeurkunde bitte beifügen (nur erforderlich, wenn Sterbedatum nicht am Ende des Antrags bestätigt wurde)		
Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)		
Geburtsname		Frühere Namen		
Geburtsdatum	Geschlecht (Zutreffendes ankreuzen) <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)		
Geburtsort (Kreis, Land)				
Sterbedatum				
Wohnsitz am 18.05.1990 (Ort, Bundesland, Staat) - Bei Tod vor dem 18.05.1990: Letzter Wohnsitz				
Zuzug aus dem Ausland?	Tag Monat Jahr	Ort, Gebiet, Staat		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		aus		

3	Angaben zur Person der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen Lebenspartnerin / des hinterbliebenen Lebenspartners / der Waise*	(* wenn keine Witwenrente / Witwerrente beantragt wird)		
Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)		
Geburtsname		Frühere Namen		
Geburtsdatum	Geschlecht (Zutreffendes ankreuzen) <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)		
Geburtsort (Kreis, Land)				
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	Ort, Gebiet, Staat		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		aus		

Beweismittel bitte beifügen

7.3	Hat der Versicherte - nicht erwerbsmäßig - mindestens 14 Stunden wöchentlich einen Pflegebedürftigen , der Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung hat, gepflegt ? Anzugeben sind Pflegezeiten frühestens ab 01.04.1995 , die noch nicht im Versicherungsverlauf aufgeführt sind.		
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
	vom - bis _____ Name und Anschrift der Pflegekasse bzw. des Pflegeversicherungsunternehmens _____ Aktenzeichen _____		
	Name, Vorname der zu pflegenden Person _____		Geburtsdatum _____
7.4	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 _____
7.5	Hat der Versicherte Zeiten der Berufsausbildung (auch ohne Abschluss) zurückgelegt?		
	Angaben nur notwendig, wenn bisher kein Nachweis erfolgte. Ggf. bitte alle vorhandenen Nachweise beifügen, z. B. Lehrvertrag, Prüfungszeugnis, Gesellenbrief, Verdienstbescheinigung.		
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
	vom - bis _____	Art der Berufsausbildung _____	Nachweise <input type="checkbox"/> sind beigefügt
	vom - bis _____	Art der Berufsausbildung _____	<input type="checkbox"/> liegen nicht mehr vor
7.6	Hat sich der Versicherte 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?		
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
	vom - bis _____	Staat _____	
7.7	Hat der Versicherte 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).		
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
	vom - bis _____	Versicherungsträger / Versorgungssystem _____	
	Staat _____	ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen _____	Staatsangehörigkeit _____
7.8	Wurde dem Versicherten zuletzt vor dem 01.01.1992 ein Anerkennungsbescheid 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.	

8 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)

8.1	Hat der Versicherte Ersatzzeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?		
	- betrifft nur Zeiten bis zum 31.12.1991 -		
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, bitte Vordruck V400 ausfüllen und beifügen
8.2	Hat sich der Versicherte nach der Einberufung zum militärischen Dienst (Wehrdienst, Kriegsdienst) oder zum militärähnlichen Dienst (z. B. RAD, Wehrmachtsshelfer, Notdienst) zu längerer Dienstzeit verpflichtet ?		
	Zeitraum, Dienstart, Verpflichtungsdatum _____		
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja

9 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)

9.1	Hat der Versicherte Anrechnungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?		
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, bitte Vordruck V410 ausfüllen und beifügen
9.2	Hat während Zeiten der Arbeitslosigkeit die Agentur für Arbeit bzw. eine Kommune oder eine Arbeitsgemeinschaft Beiträge an eine Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung, an ein Versicherungsunternehmen oder an den Versicherten selbst gezahlt?		
	vom - bis _____		
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja

10 Angaben zu Kindern

10.1 Machen Sie für den verstorbenen Versicherten Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend?
Kein Antrag, weil sowohl Kindererziehungszeiten als auch Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung bereits beim verstorbenen Versicherten oder bei einem anderen Berechtigten **anerkannt** worden sind.

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

10.2 Machen Sie für den verstorbenen Versicherten Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres geltend? - **frühestens ab dem 01.01.1992** -

vom - bis Kindchaftsverhältnis **Bitte Bescheid über Pflegeleistungen beifügen**

nein ja leibliches Kind Pflegekind zum Haushalt gehörendes Stiefkind

Nur ausfüllen bei Witwenrente / Witwenrente, wenn die Ehe / Lebenspartnerschaft nach dem 31.12.2001 geschlossen wurde oder die Ehe / Lebenspartnerschaft vor dem 01.01.2002 geschlossen wurde und beide Ehegatten / Lebenspartner nach dem 01.01.1962 geboren sind, und die / der Versicherte nach dem 31.12.2001 verstorben ist.

10.3 Haben Sie selbst Kinder vor deren vollendetem 3. Lebensjahr erzogen, für die nicht dem verstorbenen Versicherten, sondern Ihnen die Berücksichtigungszeit wegen Kindererziehung zugeordnet wurde bzw. zugeordnet werden soll?

nein ja Soweit Ihnen diese Berücksichtigungszeiten noch nicht zugeordnet wurden: **Bitte Vordruck V800 ausfüllen und beifügen.**

11 Sonstige Angaben

Nur ausfüllen, wenn der verstorbene Versicherte bis zum Tode eine Rente bezogen hat.

11.1 Haben Sie eine Vorschusszahlung ("Sterbevierteljahr") bei der Deutschen Post AG, Niederlassung Renten Service, beantragt?

nein ja am

11.2 Haben Sie Anspruch auf **Hinterbliebenenversorgung** nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis?

Versorgungsdienststelle, Aktenzeichen nein ja Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten bitte beifügen.

11.3 Haben Sie bereits **Hinterbliebenenrente** bezogen?

vom - bis nein ja Versicherungsträger, Versicherungsnummer / Rentenzeichen Bescheid bitte beifügen.

11.4 Wurde eine Ehe des verstorbenen Versicherten nach dem 30.06.1977 durch Ehescheidung aufgelöst / Eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben?

nein ja, falls ja: Lebt der frühere Ehegatte / Lebenspartner noch? nein ja **Falls nein:** Sterbedatum Tag | Monat | Jahr nicht bekannt

11.5 Ist der Tod des Versicherten durch **Unfall** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

Unfalltag nein ja Unfallursache / Todesursache Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Vordruck R870) bitte ausfüllen und beifügen.

Unfallbeteiligter / Schädiger (Name, Anschrift)

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

am nein ja, bei welcher Stelle? Aktenzeichen

11.6 Ist der Tod des Versicherten durch Arbeitsunfall oder Berufskrankheit, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung, militärischen oder militärischen Dienst, unmittelbare Kriegseinwirkung, Verfolgungsmaßnahmen des Nationalsozialismus, Gewahrsam im Sinne des Häftlingshilfegesetzes, Internierung, Vertreibung oder Flucht verursacht worden?

Ursache nein ja anerkannt von Aktenzeichen

11.7 Hat der verstorbene Versicherte auf einem **Rheinschiff** eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausgeübt?

vom - bis nein ja Berufsbezeichnung Sitz des Arbeitgebers

11.8 Haben Sie Zeiten nach dem Fremdrengengesetz zurückgelegt?

nein ja, **bitte Vordruck R860 ausfüllen und beifügen**, wenn Sie nach dem 06.05.1996 nach Deutschland zugezogen sind oder ja, Sie sich im Ausland aufhalten.

11.9 War der verstorbene Versicherte 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 beigefügt. Gegen die Rehabilitierungsbescheinigung ist ein Rechtsbehelf eingelegt worden.

11.10 **Bitte ausfüllen, wenn die Witwe / der Witwer / die hinterbliebene Lebenspartnerin / der hinterbliebene Lebenspartner das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und sich für vermindert erwerbsfähig hält**

Ist die verminderte Erwerbsfähigkeit des Rentenbewerbers ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch andere Personen verursacht worden?

Unfalltag nein ja Unfallursache Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Vordruck R870) bitte ausfüllen und beifügen.

Unfallbeteiligter / Schädiger (Name, Anschrift)

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

am nein ja, bei welcher Stelle? Aktenzeichen

11.11 Bitte ausfüllen, wenn beide Ehegatten / die früheren Ehegatten vor dem 01.01.1936 geboren sind und die Ehe vor dem 01.01.1986 geschlossen wurde
 Wurde gegenüber einem Rentenversicherungsträger / Unfallversicherungsträger eine **gemeinsame Erklärung** abgegeben, dass die am 31.12.1985 geltenden **Rechtsvorschriften** für Rente an Witwen, Witwer, frühere Ehegatten **anzuwenden** sind?
 Versicherungsträger (Name, Anschrift) _____ Versicherungsnummer / Aktenzeichen _____
 nein ja

11.12 Bitte ausfüllen, wenn Witwerrente beantragt und Ziffer 11.11 bejaht wird oder wenn die Versicherte vor dem 01.01.1986 verstorben ist
 Hat die Versicherte den Unterhalt ihrer Familie **überwiegend** bestritten?
 nein ja, **bitte Vordruck R690** zum Antrag auf Witwerrente ausfüllen und zusammen mit Unterhaltsnachweisen beifügen.

11.13 Bitte ausfüllen, wenn Witwenrente / Witwerrente beantragt wird und die Ehe nach dem 31.12.2001 geschlossen / die Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem 31.12.2001 begründet wurde
 Hat die Ehe / Lebenspartnerschaft mindestens ein Jahr gedauert?
 nein ja **Falls nein:** Bitte Vordruck R510 ausfüllen und beifügen.

12 Angaben zur Einkommensanrechnung bei Witwenrente / Witwerrente

- Nicht erforderlich, wenn der Versicherte vor dem 01.01.1986 gestorben ist oder eine **wirksame Erklärung** über die weitere Anwendung des bis zum 31.12.1985 geltenden Hinterbliebenenrentenrechts abgegeben wurde -

Vordruck R660 zum Antrag auf Hinterbliebenenrente bitte beifügen

Haben Sie Kinder im waisenrentenberechtigten Alter, für die keine Waisenrente beantragt wird, weil sie nicht Kinder des verstorbenen Versicherten sind?
bitte Vordruck R650 zur Ermittlung eines **erhöhten Freibetrages** wegen Berücksichtigung von Kindern ausfüllen und nein ja beifügen.

13 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
13.1 Rente aus eigener Versicherung aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.2 Hinterbliebenenleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren angeben) Jahr der Abfindung _____
Wurde eine Unfallrente abgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.3 Übergangsgeld von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.4 Arbeitslosengeld II**, Sozialgeld**, Einstiegsgeld**, Eingliederungshilfe von der Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einer Arbeitsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung _____
13.5 Unterhaltshilfe nach dem Lastenausgleichsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.6 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.7 Sozialhilfe**, Grundsicherung** vom Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung _____
13.8 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.9 Leistungen von der Landwirtschaftlichen Alterskasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung _____
13.10 Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei Hochschulbesuch: Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks _____
13.11 Sonstige Leistungen (z. B. Kriegsopferfürsorge, nach dem Unterhaltssicherungsgesetz, vom Träger der Zusatzversorgung im Schornsteinfegerhandwerk, von der Arbeitsgemeinschaft der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung in Bochum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung _____

* Bitte nur ausfüllen, wenn Sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und sich für vermindert erwerbsfähig halten.

** Die Angaben zum Arbeitslosengeld II, zum Sozialgeld und zum Einstiegsgeld (Ziffer 13.4) sowie zur Sozialhilfe und zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Ziffer 13.7) sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtignte Angehörige** Leistungen nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuches - Grundsicherung für Arbeitsuchende - oder nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches - Sozialhilfe - erhalten oder erhalten haben.

14 Krankenversicherung der Rentner (KVdR) bei Witwenrente / Witwerrente

14.1 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.

14.2 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 15 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 bei einer deutschen oder einer ausländischen **gesetzlichen** Krankenkasse?

Name und Anschrift der Krankenkasse sowie Grund der Versicherungspflicht

nein ja

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?

nein ja

seit

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

Bitte Vordruck R821 vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ausfüllen lassen.

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

15 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.

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.

16 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)

als Hörmedium (Kassette)

als Hörmedium (CD-DAISY Format)

17 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 Erhalt des Rentenbescheides

- eine Leistung nach Ziffer 13 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

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 _____ Vollmacht / Beschluss des Vormundschaftsgerichts _____

<p>Bestätigungsvermerk Die Angaben zur Person der Rentenbewerberin / des Rentenbewerbers werden bestätigt durch</p> <p><input type="checkbox"/> gültigen Personalausweis <input type="checkbox"/> gültigen Reisepass <input type="checkbox"/></p>	
<p>Die Angaben zum <input type="checkbox"/> Geburtsdatum des verstorbenen Versicherten <input type="checkbox"/> Sterbedatum <input type="checkbox"/> Tag der Eheschließung / Begründung der Eingetragenen Lebenspartnerschaft werden bestätigt. Aus der Sterbeurkunde ergibt sich, dass die Rentenbewerberin / der Rentenbewerber mit dem / der Verstorbenen zzt. des Todes verheiratet war bzw. in einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft gelebt hat.</p> <p>die Sterbeurkunde enthält keine Angaben über den die Rente beantragenden Ehegatten / Lebenspartner, deshalb muss die Heiratsurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde nach dem Tod ausgestellt sein.</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Heiratsurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde ausgestellt am</p>	
<p>Das Kindschaftsverhältnis (siehe Ziffer 15) wird bestätigt. Es hat vorgelegen:</p> <p><input type="checkbox"/> Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes <input type="checkbox"/> Familienbuch / -stammbuch</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Es ist beigefügt:</p> <p><input type="checkbox"/></p>	
<p>Dienststempel</p>	<p>Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden</p>