


**Anlage zum Antrag auf**
 **Halbwaisenrente**     **Vollwaisenrente**

 Sterbeurkunden **sämtlicher** Elternteile bitte beifügen

**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.

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

# R610

**Folgende Unterlagen bitte beifügen: Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde des Kindes**

Darüber hinaus

- bei einem **leiblichen Kind** eines männlichen Versicherten, der zur Zeit der Geburt des Kindes nicht mit der Kindesmutter verheiratet war: **Vaterschaftsanerkennung**, gerichtliche Entscheidung oder Auszug aus dem Geburtsregister
- bei einem **Stiefkind**: **Heirats- oder Lebenspartnerschaftsurkunde** des Versicherten und Bescheinigung der Meldebehörde
- bei einem **Pflegekind**: **Nachweis über das Pflegekindschaftsverhältnis** und Bescheinigung der Meldebehörde
- bei einem **Enkel, Bruder** oder einer **Schwester**: Bescheinigung der Meldebehörde, bei einem Enkel zusätzlich den Nachweis des Status "Enkel" z. B. durch **Heirats- oder Lebenspartnerschaftsurkunde** der Eltern und Großeltern, entsprechende Abstammungsurkunden

**1 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten**

Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum

**2 Angaben zur Person der Waisen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr**

Lfd. Nr.	Vorname der Waise (Name nur, wenn er nicht mit dem des Versicherten übereinstimmt)	Geburtsdatum			Geschlecht*	Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt	Kindschaftsverhältnis (z. B. leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)
		Tag	Monat	Jahr			
1							
2							
3							
4							

**2.2 Ist eine der unter Ziffer 2.1 aufgeführten Waisen aus dem Ausland zugezogen?**

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Vorname der Waise	Zuzug am			aus (Ort, Gebiet, Staat)
		Tag	Monat	Jahr	

**3 Angaben zur Person der Waise, die das 18. Lebensjahr vollendet hat**
**Bitte für jede volljährige Waise einen Vordruck R610 ausfüllen**

Vorname der Waise (Name nur, wenn er nicht mit dem des Versicherten übereinstimmt)	Geburtsdatum / Versicherungsnummer			Geschlecht*	Kindschaftsverhältnis (siehe bitte Ziffer 2)
	Tag	Monat	Jahr		
Straße, Hausnummer					Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort				Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)
Zuzug aus dem Ausland?		Tag	Monat	Jahr	Ort, Gebiet, Staat
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am					aus

\* w = weiblich, m = männlich

**4 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			
<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, E-Mail (Angabe freiwillig)	

**5 Zusätzliche Angaben zu der unter Ziffer 3 aufgeführten Waise, die das 18. Lebensjahr vollendet hat****5.1 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 vgl. 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)		

**5.2 Begründung des Anspruchs**

Hat die Waise das 18. Lebensjahr bereits vollendet?

 nein, bitte die Fragen 6 bis 10 beantworten ja, bitte alle weiteren Fragen beantworten

Die Waisenrente wird beantragt wegen einer

 **Ausbildung**

Bitte Vordruck R616 ausfüllen und beifügen.

 **Ableistung eines freiwilligen sozialen / ökologischen Dienstes**

Die Bescheinigung (Vordruck R616)

 ist beigelegt wurde ausgehändigt **Behinderung**

Bitte ärztliche Bescheinigung über die körperliche, geistige oder seelische Behinderung beifügen.

Erzielen Sie Arbeitsentgelt oder sonstiges Einkommen mit Entgeltersatzfunktion (z. B. Krankengeld)?

 nein ja, bitte Nachweise (z. B. Entgeltbescheinigung) beifügen.**5.3 Haben Sie gesetzlichen Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst geleistet?** nein  ja vom - bis

Dienstzeitbescheinigung bitte beifügen

**5.4 Angaben zur Einkommensanrechnung**

Vordruck R660 zum Antrag auf Hinterbliebenenrente bitte ausfüllen und beifügen.

**Falls Sie selbst Kinder haben:** Vordruck R650 zur Ermittlung eines erhöhten Freibetrages wegen Berücksichtigung von Kindern bitte ausfüllen und beifügen.**Angaben zur Person aller weiteren leiblichen Elternteile, Stief- und Pflegeeltern der unter Ziffer 2 und 3 aufgeführten Waisen**

Vorname der Waise	Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum und Anschrift (oder Sterbedatum) der weiteren Elternteile	Kindschaftsverhältnis

**Bitte ausfüllen, wenn Waisenrente für Stief- und Pflegekinder oder als Enkel, Bruder oder Schwester beantragt**

**7** **wird**

**7.1** Befand sich die Waise bis zum Tod des Versicherten in dessen Haushalt? Bescheinigung der Meldebehörde bitte beifügen und nachfolgende Frage beantworten

Vorname der Waise seit

nein  ja

War von vornherein eine zeitlich begrenzte Aufnahme in den Haushalt vorgesehen?

für (Vorname der Waise) bis wann

nein  ja

**7.2** **Bei einem Enkel, Bruder oder einer Schwester:** Hat der Versicherte bis zu seinem Tod den Unterhalt der Waise getragen?

für (Vorname der Waise) in welcher Höhe monatlich

nein  ja

**7.3** Erhielt der Versicherte bis zu seinem Tod **Kindergeld** nach dem Einkommensteuergesetz / Bundeskindergeldgesetz (von der Familienkasse, einem öffentlichen Arbeitgeber, einer Versorgungsbehörde) oder **Kinderzuschuss** zu einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?

für (Vorname der Waise) von welcher Stelle, Aktenzeichen

nein  ja

**7.4** Haben andere Personen oder Stellen (z. B. Träger der Jugendhilfe) **Unterhaltsleistungen** für eine der Waisen erbracht?

für (Vorname der Waise) in welcher Höhe monatlich

nein  ja

Name, Vorname, Anschrift / zahlende Stelle

**8** **Andere Leistungen**

Beziehen oder bezogen die Waisen eine der nachstehenden Leistungen oder wurde eine dieser Leistungen beantragt?

Art der Leistung	nein	ja	Vorname der Waise	Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am, zahlende Stelle, Aktenzeichen
<b>8.1</b> <b>Waisenrente</b> aus der <b>gesetzlichen Rentenversicherung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>8.2</b> <b>Waisenrente</b> aus der <b>gesetzlichen Unfallversicherung</b> oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren angeben
Wurde eine Waisenrente abgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Jahr der Abfindung
<b>8.3</b> <b>Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld, Eingliederungshilfe</b> von der Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einer Arbeitsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Art der Leistung
<b>8.4</b> <b>Unterhaltsvorschuss</b> vom Jugendamt oder Sozialamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>8.5</b> <b>Versorgungsrente</b> vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>8.6</b> <b>Sozialhilfe, Grundsicherung</b> vom Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Art der Leistung
<b>8.7</b> <b>Kinderzuschlag</b> zum Kindergeld von der Familienkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>8.8</b> <b>Jugendhilfe</b> vom Jugendamt nach dem Achten Buch des Sozialgesetzbuches - Kinder- und Jugendhilfe -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>8.9</b> <b>Ausbildungsförderung</b> nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bei Hochschulbesuch: Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks
<b>8.10</b> <b>Sonstige Leistungen</b> (z. B. 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

**8.11** Wird an eine **andere** Person eine Versichertenrente aus der gesetzlichen **Rentenversicherung** oder **Unfallversicherung** gezahlt, die einen **Kinderzuschuss** oder eine **Kinderzulage** für eine der Waisen enthält, oder wurde eine solche Rente beantragt?

Vorname der Waise Versicherungsträger, Versicherungsnummer / Aktenzeichen

nein  ja

Versicherter (Name, Vorname, Geburtsdatum), Anschrift

**8.12** Erhält eine der aufgeführten Waisen **Waisengeld** nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen, entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienst- oder Arbeitsverhältnis, von einer öffentlich-rechtlichen Versorgungs- oder Versorgungseinrichtung einer Berufsgruppe, oder wurde eine solche Leistung beantragt?

Vorname der Waise Name des Elternteils Versorgungsdienststelle, Aktenzeichen

nein  ja

**9 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)**

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

Krankenkasse / Verw.-Stelle (Name, Anschrift)

Die Meldung zur KVdR (Vordruck R810)

ist beigefügt.  wird nachgereicht.  wurde weitergeleitet.

**9.2** 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 10  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?

seit

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

nein  ja

**Bitte Vordruck R821 vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ausfüllen lassen.**

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

**10 Pflegeversicherung**

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

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, Nachweis über Eingetragene Lebenspartnerschaft und Bestätigung der Meldebehörde über die häusliche Gemeinschaft, bei einem **Pflegekind** auch Bescheinigung über Anerkennung des Pflegekindschaftsverhältnisses und Bescheinigung über die häusliche Gemeinschaft.

**Hinweis:** Der Anspruch auf Waisenrente schließt in der Regel einen möglichen Anspruch auf Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz bzw. dem Bundeskindergeldgesetz nicht aus. Lediglich in bestimmten Einzelfällen kann bei einem über 18 Jahre alten Kind die Waisenrente Auswirkungen auf den Auszahlungsanspruch des Kindergeldes haben. Näheres hierzu erfahren Sie bei der Familienkasse der örtlich zuständigen Agentur für Arbeit - oder falls Sie dem öffentlichen Dienst angehören oder Versorgungsempfänger sind - bei der Stelle, die auch die Bezüge bzw. das Arbeitsentgelt zahlt. Dort können Sie auch den Antrag auf Kindergeld stellen.

**11 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)

## 12 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

**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 Renten-antrags bis zum Erhalt des Rentenbescheides

- eine Leistung nach Ziffer 8 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- die Schul- oder Berufsausbildung beendet oder unterbrochen wird oder
- sich meine Anschrift / der Aufenthaltsort der Waise 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 Krankenversicherung 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.**

### Einwilligungserklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers auf Waisenrente wegen Behinderung

**Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über den Waisenrentenantrag benötigt. Dies schließt Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir **medizinische Daten**, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (z. B. 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 (z. B. zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Abs. 2 Nr. 1 in Verbindung mit § 69 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).

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

**Die dieser Anlage beizufügenden Unterlagen bitten wir im Antrag auf Hinterbliebenenrente (Vordruck R500) aufzuführen.**

#### Bestätigungsvermerk

Das **Kindschaftsverhältnis für die Pflegeversicherung** (siehe Ziffer 10) wird bestätigt. Es hat vorgelegen:

Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes

Familienbuch / -stammbuch

Es ist beigelegt:

Dienststempel

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden