

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

2.9 Waren Sie vor Ihrer Aussiedlung außerhalb des Herkunftslandes beschäftigt?
(ggf. bitte nähere Angaben dazu in der Beschäftigungsaufstellung machen)

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis	in welchem Land	als
Falls ja, wurden für diese Beschäftigung Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	zur Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> des Herkunftslandes	<input type="checkbox"/> des Beschäftigungslandes

2.10 Waren Sie als Selbständiger tätig?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis	Berufszweig
-------------------------------	-----------------------------	-----------	-------------

2.11 Bestand ein Arbeitsverhältnis bei Verwandten (z. B. Ehegatte, Kind, Onkel usw.)?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis	Verwandtschaftsverhältnis
-------------------------------	-----------------------------	-----------	---------------------------

2.12 Wurde im Herkunftsland eine Rente bezogen?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Art der Rente, zahlender Versicherungsträger
-------------------------------	-----------------------------	--

3 Sonstige Angaben

3.1 Sind Sie anerkannter Vertriebener oder Spätaussiedler im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	weiter bei Ziffer 3.6
-------------------------------	------------------------------	-----------------------

3.2 Sind Sie vertriebener Verfolgter und gehören Sie dem deutschen Sprach- und Kulturkreis an?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

3.3 Sind Sie Angehöriger des Judentums und gehörten Sie früher dem deutschen Sprach- und Kulturkreis an?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

3.4 Sind Sie Deutscher bzw. früherer deutscher Staatsangehöriger i. S. des Grundgesetzes und haben Sie vor dem 09.05.1945 Beitragszeiten in Bulgarien, Ungarn, Lettland, Estland oder Litauen bzw. der Tschechoslowakei zurückgelegt?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

3.5 Sind Sie Deutscher bzw. früherer deutscher Staatsangehöriger i. S. des Grundgesetzes und nach dem 08.05.1945 in ein ausländisches Staatsgebiet zur Arbeitsleistung verbracht worden?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

3.6 Waren Sie Mitglied einer landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaft oder einer Produktionsgenossenschaft des Handwerks?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis
-------------------------------	-----------------------------	-----------

4 Hinweise zur Beschäftigungsaufstellung

In die Beschäftigungsaufstellung am Ende des Vordrucks tragen Sie bitte alle Tätigkeiten (auch Lehr-, Praktikanten- oder Volontärzeiten) mit der genauen Berufsbezeichnung lückenlos in zeitlicher Reihenfolge ein. Angaben zu Arbeitgebern und Beschäftigungszeiten sind vollständig und ohne Abkürzungen zu machen.

Die Angaben in den Spalten 3 und 4 der Aufstellung dienen der Bestimmung des jeweils maßgebenden Wirtschaftsbereichs; sie sind nur für Zeiten ab 01.01.1950 notwendig. Zu diesem Zweck geben Sie bitte in der Spalte 3 genau an, welchen Haupterwerbzzweck oder welche Funktion der jeweilige Betrieb hatte (z. B. Herstellung von Fernsehgeräten oder Möbeln, öffentliches Gesundheitswesen). War der Betrieb Teil einer größeren Unternehmenseinheit (z. B. eines Kombinats), beziehen sich die Angaben auf die größere Unternehmenseinheit. In Spalte 4 tragen Sie bitte ergänzend anhand der Tabelle die Nummer des Wirtschaftsbereichs ein, in die der Betrieb bzw. die größere Unternehmenseinheit nach Ihrer Einschätzung einzuordnen ist.

Die Angaben in der Spalte 7 beziehen sich auf die wöchentliche Arbeitszeit. Wurde keine Vollzeitbeschäftigung ausgeübt, ist die tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit in Stunden anzugeben.

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Lfd. Nr.	Wirtschaftsbereich	Lfd. Nr.	Wirtschaftsbereich
1	Energie- und Brennstoffindustrie einschl. Kohlebergbau (Stein- und Braunkohlenindustrie, Kokereien)	13	Produzierendes Handwerk
		14	Land- und Forstwirtschaft
2	Chemische Industrie einschl. Salzbergbau (z. B. Kali- und Steinsalzindustrie)	15	Verkehr
		16	Post- und Fernmeldewesen
3	Metallurgie einschl. Erzbergbau	17	Handel
4	Baumaterialienindustrie	18	Bildung, Gesundheitswesen, Kultur und Sozialwesen
5	Wasserwirtschaft	19	Wissenschaft, Hoch- und Fachschulwesen
6	Maschinen- und Fahrzeugbau	20	Staatliche Verwaltung und Gesellschaftliche Organisationen
7	Elektrotechnik / Elektronik / Gerätebau	21	Sonstige nichtproduzierende Bereiche (z. B. Sozialversicherung, Wohnungswirtschaft, Touristik)
8	Leichtindustrie (Holz-, Glas- und Konfektionsindustrie, aber ohne Textilindustrie)		
9	Textilindustrie (z. B. Faser-, Garn- und Stoffherstellung)	22	Landwirtschaftliche Produktionsgenossenschaften (nur Genossenschaftsmitglieder; Arbeiter und Angestellte sind dem Bereich 14 zuzuordnen)
10	Lebensmittelindustrie		
11	Bauwirtschaft	23	Produktionsgenossenschaften des Handwerks (nur Genossenschaftsmitglieder; Arbeiter und Angestellte sind den Bereichen 11 oder 13 zuzuordnen)
12	Sonstige produzierende Bereiche (z. B. Verlage, Forschungszentren der Industrie)		

5 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe.

Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich mit der Anforderung meiner Versicherungsunterlagen vom zuständigen ausländischen Versicherungsträger unter Angabe meiner Anschrift einverstanden bin.

Alle noch in meinem Besitz befindlichen Unterlagen, die zur Klärung der Zeiten dienen können, füge ich bei.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

6 Anlagen

Ist die Vorlage von Versicherungsunterlagen erforderlich, bitten wir diese im Original einzusenden. Andere Unterlagen bitten wir ebenfalls im Original oder in Kopie zu übersenden. Übersetzungen fremdsprachiger Unterlagen bitten wir, soweit vorhanden, beizufügen.

Sollten Zeugnisse als Beweismittel übersandt werden, können die Noten oder entsprechende Beurteilungen unkenntlich gemacht werden.

Zum Beispiel kommen hierfür folgende Unterlagen in Betracht:

Arbeitsbuch - Arbeitsbescheinigungen bzw. Zeugnisse - Schulzeugnisse -

Abschlusszeugnisse / Diplome - Militärdienstbescheinigungen - Krankheitsbescheinigungen -

Rentenbescheide / Rentenzahlabschnitte

Ersatzweise Zeugenerklärungen möglichst von Arbeitskollegen bzw. Bekannten, Freunden, die über Ihre Verhältnisse aus eigener Kenntnis Aussagen machen können.

Sind keine derartigen Personen vorhanden, können auch Zeugenerklärungen verwandter Personen eingereicht werden.

Aufstellung über Beschäftigungen und selbständige Tätigkeiten (siehe Hinweise unter Ziffer 4)

Beweismittel bitte beifügen

1 Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	2 Name und Sitz des Arbeitgebers / Unternehmers	3 Haupterwerbszweck bzw. Funktion des Betriebes (ggf. der größeren Unternehmenseinheit)	4 Wirtschafts- bereich (Nr. aus der vor- stehenden Tabelle)	5 Art der Tätigkeit (genaue Berufsstellung)	6 Arbeitsentgelt Barlohn monatlich Sach- bezüge (z. B. Kost und / oder Wohnung)		7 wöchentliche Arbeitszeit Vollzeit- beschäfti- gung stundenweise Beschäftigung* tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit in Stunden		8 Wo versichert?
Beispiel: 01.01.1954 - 31.12.1960	Städtisches Krankenhaus, Prag	Gesundheitswesen	18	Krankenschwester	1000 Kronen	Kost und Wohnung	<input checked="" type="checkbox"/>		staatliche Versicherung
							<input type="checkbox"/>	*Angaben erforderlich, wenn keine Vollzeitbeschäftigung ausgeübt wurde	
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		
							<input type="checkbox"/>		

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)