













Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**4.2 Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld, Eingliederungshilfe, Entgeltsicherung für ältere Arbeitnehmer, Übergangsbeihilfe, Gründungszuschuss, Aufstockungsbeträge bei Altersteilzeitarbeit** von der Agentur für Arbeit, einer Kommune, einer Arbeitsgemeinschaft oder einem Jobcenter

Die Angaben zum Arbeitslosengeld II, zum Sozialgeld und zum Einstiegsgeld sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigzte Angehörige** Leistungen nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuches - Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) - erhalten oder erhalten haben.

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

\_\_\_\_\_ Art der Leistung

**4.3 Unterhaltshilfe** nach dem Gesetz über den Lastenausgleich - Lastenausgleichsgesetz (LAG) -

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

**4.4 Versorgungsrente** vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

**4.5 Sozialhilfe, Grundsicherung** vom Sozialhilfeträger

Die Angaben sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigzte Angehörige** Leistungen nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches - Sozialhilfe (SGB XII) - erhalten oder erhalten haben.

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

\_\_\_\_\_ Art der Leistung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

<p><b>4.6 Kinderzuschlag</b> zum Kindergeld von der Familienkasse</p> <p>Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</p> <p>_____</p> <p>zahlende Stelle</p> <p>_____</p> <p>Aktenzeichen</p>
<p><b>4.7 Elterngeld</b> von den Elterngeldstellen</p> <p>Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</p> <p>_____</p> <p>zahlende Stelle</p> <p>_____</p> <p>Aktenzeichen</p>
<p><b>4.8 Sonstige Leistungen</b> (z. B. Kriegsoferfürsorge, nach dem Gesetz über die Sicherung des Unterhalts der zum Wehrdienst einberufenen Wehrpflichtigen und ihrer Angehörigen - Unterhaltssicherungsgesetz - USG -, vom Träger der Zusatzversorgung im Schornsteinfegerhandwerk, von der Arbeitsgemeinschaft der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und Rentenversicherung in Bochum, Versorgungsleistungen nach § 9 des Gesetzes zur Überführung der Ansprüche und Anwartschaften aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebiets - Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz - AAÜG -)</p> <p>Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</p> <p>_____</p> <p>zahlende Stelle</p> <p>_____</p> <p>Aktenzeichen</p> <p>_____</p> <p>Art der Leistung</p>

**5 Prüfung der Vertrauensschutzregelungen zur Anhebung der Altersgrenzen**  
(Bitte nur ausfüllen, wenn Sie vor dem 1.1.1955 geboren sind.)

<p><b>5.1</b> Wurden die Vertrauensschutzregelungen nach dem 30.4.2007 bereits geprüft?</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</p> <p><b>Falls nein: bitte Fragebogen zur Prüfung der Vertrauensschutzregelungen (Vordruck R240) ausgefüllt beifügen</b></p>
---

**6 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)**

<p><b>6.1</b> Besteht eine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen?</p> <p>seit</p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</p> <p>_____</p> <p>Name der Krankenkasse / der Krankenversicherung</p> <p>_____</p> <p>Anschrift</p>
--

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

## 7 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (z. B. 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 (Kassette)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

## 8 Erklärung und Information 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 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 Erwerbseinkommen beantragt oder gezahlt wird oder
- eine Leistung nach Ziffer 4 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

## 9 Einwilligungserklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

**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 meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich darin ein**, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

**Ich willige außerdem ein**, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) bzw. der §§ 116 / 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) - die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt) 
-------------------------	-------------------------------------

**10 Versicherung der Antragstellerin / des Antragstellers**

**Ich versichere**, dass ich die gesundheitliche Beeinträchtigung meiner Erwerbsfähigkeit weder absichtlich herbeigeführt noch mir bei einer Handlung zugezogen habe, die nach strafgerichtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist.

**11 Information der Antragstellerin / des Antragstellers**

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 Absatz 2 Nummer 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

**12 Anlagen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dienststempel

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden