

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten																			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

nein ja

Vorname der Waise	Tag	Monat	Jahr
aus (Ort, Gebiet, Staat)	Zuzug am nach (Ort, Bundesland)		
Vorname der Waise	Tag	Monat	Jahr
aus (Ort, Gebiet, Staat)	Zuzug am nach (Ort, Bundesland)		
Vorname der Waise	Tag	Monat	Jahr
aus (Ort, Gebiet, Staat)	Zuzug am nach (Ort, Bundesland)		
Vorname der Waise	Tag	Monat	Jahr
aus (Ort, Gebiet, Staat)	Zuzug am nach (Ort, Bundesland)		

3 Waise, die das 18. Lebensjahr vollendet hat **für jede volljährige Waise bitte einen Vordruck R610 ausfüllen**

Angaben zur Person		
Vorname der Waise (Name nur, wenn er nicht mit dem der / des Versicherten übereinstimmt)		
Geburtsdatum / Versicherungsnummer	Geschlecht	Kindschaftsverhältnis (z. B. leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)
Tag Monat Jahr	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	Telefax (Angabe freiwillig)
E-Mail (Angabe freiwillig)		
Zuzug aus dem Ausland?	Tag Monat Jahr	Ort, Gebiet, Staat
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	aus	Ort, Bundesland
nach		
persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke		

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

4 Antragstellung durch andere Personen

**Vollmacht oder Beschluss des
Gerichts bitte beifügen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

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 (Angabe freiwillig)	
E-Mail (Angabe freiwillig)	

5 Zahlungsweg

Bei mehreren unterschiedlichen Konten **bitte den Vordruck R985 ausfüllen und beifügen.**

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 vergleiche Kontoauszug):	
IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend (Name, Vorname, Anschrift)	

6 Begründung des Anspruchs

<p>6.1 Hat die Waise das 18. Lebensjahr bereits vollendet?</p> <p><input type="checkbox"/> nein, bitte die Fragen der Ziffern 7 bis 11 beantworten</p> <p><input type="checkbox"/> ja, bitte alle weiteren Fragen beantworten</p> <p>Die Waisenrente wird beantragt wegen einer</p> <p><input type="checkbox"/> Ausbildung bitte Vordruck R616 ausfüllen und beifügen</p> <p><input type="checkbox"/> Ableistung eines freiwilligen sozialen Jahres / ökologischen Jahres bitte Vordruck R616 ausfüllen und beifügen</p> <p>Vordruck R616 <input type="checkbox"/> ist beigelegt <input type="checkbox"/> wurde ausgehändigt</p> <p><input type="checkbox"/> Behinderung bitte ärztliche Bescheinigung über die körperliche, geistige oder seelische Behinderung beifügen</p> <p>nur bei Behinderung:</p> <p>6.2 Erzielen Sie Arbeitsentgelt oder sonstiges Einkommen (z. B. Krankengeld, Einkünfte aus Vermögen)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Nachweise beifügen</p> <p>6.3 Haben Sie gesetzlichen Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst geleistet?</p> <p>vom - bis</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p> <p>bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen</p> <p>6.4 Angaben zum Einkommen bitte Vordruck R660 ausfüllen und beifügen</p> <p>falls Sie selbst Kinder haben: bitte Vordruck R650 ausfüllen und beifügen</p>

Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

9 Andere Leistungen

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

9.1 Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

9.2 Waisenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren angeben)

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.3

Vorname der Waise

ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

9.2.1 Wurde eine Waisenrente abgefunden?

Jahr der Abfindung

nein ja

9.3 Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld, Eingliederungshilfe von der Agentur für Arbeit, einer Kommune, einer Arbeitsgemeinschaft oder einem Jobcenter

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

9.4 Unterhaltsvorschuss vom Jugendamt oder Sozialamt

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

9.5 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

9.6 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

9.7 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

9.8 Jugendhilfe vom Jugendamt nach dem Achten Buch des Sozialgesetzbuches - Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) -

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

9.9 Ausbildungsförderung nach dem Bundesgesetz über individuelle Förderung der Ausbildung
- Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) -

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

bei Hochschulbesuch: Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks

9.10 Sonstige Leistungen (z. B. vom Träger der Zusatzversorgung im Schornsteinfegerhandwerk, von der Arbeitsgemeinschaft der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und Rentenversicherung in Bochum)

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

9.11 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

nein ja

Versicherungsträger

Versicherungsnummer / Aktenzeichen

Versicherter (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Anschrift

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

Vorname der Waise

nein ja

Name des Elternteils

Versorgungsdienststelle

Aktenzeichen

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

10 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

Bitte für jede Waise eine Meldung zur KVdR (Vordruck R810) ausfüllen

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

Name der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

Die Meldung zur KVdR (**Vordruck R810**)

ist beigefügt wird nachgereicht wurde weitergeleitet

10.2 Erhalten oder erwarten Sie ab Rentenbeginn eine der folgenden Einnahmen: Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente, Zusatzrente, Pension), Arbeitsentgelt aus einer mehr als geringfügigen Beschäftigung, Arbeitseinkommen aus einer selbständigen Tätigkeit, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Leistungen der Grundsicherung nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches - Sozialhilfe (SGB XII) -?

Vorname der Waise

nein ja

10.3 Beantragen Sie einen **Zuschuss** zu den Aufwendungen für eine **freiwillige** Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder für die Versicherung bei einem **privaten** Krankenversicherungsunternehmen?

nein, bitte weiter bei Ziffer 11

ja

10.3.1 Wird zu einer weiteren Rente bereits ein Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt oder ist dieser beantragt?

nein ja

10.3.2 Besteht oder bestand in der Zeit, für die Sie einen Zuschuss beanspruchen, Versicherungspflicht in einer deutschen oder ausländischen **gesetzlichen** Krankenversicherung?

Name und Anschrift der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes

nein ja

Grund der Versicherungspflicht (z. B. Beschäftigungsverhältnis, Versicherungspflicht als Arbeitsloser, Einwohnerkrankenversicherung)

Die Fragen der Ziffern 10.3.3 und ggf. 10.3.4 bitte nur beantworten, wenn Sie privat krankenversichert sind.

10.3.3 Sollen Beitragsaufwendungen bei einer privaten Krankenversicherung für Familienangehörige berücksichtigt werden?

Familienangehöriger (Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis)

nein ja

Höhe des monatlichen Gesamteinkommens des / der Familienangehörigen

EUR

10.3.4 Ist der Familienangehörige Rentner?

seit

nein ja

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

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

Vordruck R821 ist beigefügt wird nachgereicht wurde weitergeleitet

Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

11 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 zu dieser Frage benötigen wir **nicht, wenn die Angaben unter Ziffer 14 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 / Eheurkunde /
Lebenspartnerschaftsurkunde 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
EStG bzw. dem BKG 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.

12 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)

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

13 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 Rentenanspruchs bis zum Erhalt des Rentenbescheides

- eine Leistung nach Ziffer 9 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- die Schulausbildung 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 Krankenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges - Bundesversorgungsgesetz - BVG -, dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung - Bundesentschädigungsgesetz - BEG - oder bei Auslandsaufenthalt),
- b) jede Veränderung der Beitragshöhe 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 europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gelten (das sind die Mitgliedstaaten der Europäischen Union - 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 Krankenversicherung der Rentner (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 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (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

Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

14 Bestätigungsvermerk

Das **Kindschaftsverhältnis für die Pflegeversicherung** (siehe Ziffer 11) wird bestätigt. Es hat vorgelegen:

Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes der Waise

Familienbuch / Familienstammbuch der Waise

Es ist beigelegt:

Dienststempel

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden