

Land:	Kenn-Nummer <sup>(2)</sup> <sup>(16)</sup>	Beteiligter Träger (ggf. Verbindungsstelle)
(1) .....	.....	.....
(2) .....	.....	.....
(3) .....	.....	.....
(4) .....	.....	.....
(5) .....	.....	.....

**BEARBEITUNG EINES ANTRAGS AUF ALTERSRENTE**

*Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 44 bis 51a; Artikel 77  
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 36 bis 38; Artikel 41 bis 43; Artikel 45 bis 47; Artikel 49; Artikel 90 (\*); Artikel 111*

*Vom bearbeitenden Träger auszufüllen, der den anderen Trägern, bei denen der Arbeitnehmer oder Selbständige versichert war (beteiligte Träger), oder der Verbindungsstelle je eine Ausfertigung übersendet.*

<b>1.</b>	An den beteiligten Träger oder die Verbindungsstelle
1.1	Bezeichnung: .....
1.2	Anschrift <sup>(3)</sup> : .....

**A. Angaben über den Versicherten <sup>(4)</sup>**

<b>2.</b>		
2.1	Name <sup>(5)</sup> : .....	
2.2	Geburtsname <sup>(5)</sup> : .....	
2.3	Vornamen <sup>(6)</sup> : .....	
2.4	Frühere Namen <sup>(7)</sup> : .....	
2.5	Geschlecht <sup>(8)</sup> : .....	
2.6	Name und Vornamen des Vaters <sup>(9)</sup> : .....	
2.7	Geburtsname und Vornamen der Mutter <sup>(9)</sup> : .....	
2.8	Personenstand:	
	<input type="checkbox"/> Ledig	<input type="checkbox"/> Geschieden <sup>(10)</sup> seit <sup>(11)</sup> : .....
	<input type="checkbox"/> Verheiratet seit <sup>(11)</sup> : .....	<input type="checkbox"/> Wieder verheiratet <sup>(10)</sup> seit <sup>(11)</sup> : .....
	<input type="checkbox"/> Zusammenlebend seit <sup>(4)</sup> <sup>(12)</sup> : .....	<input type="checkbox"/> Getrennt lebend seit <sup>(11)</sup> : .....
2.9	Steuernummer <sup>(13)</sup> : .....	
	Kennung des Steuerbezirks: .....	
2.10	Versicherungsnummer <sup>(2)</sup> <sup>(14)</sup> : .....	

(\* ) Artikel 90 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 gilt nicht für die Niederlande.

3. Staatsangehörigkeit <sup>(15)</sup> <sup>(16)</sup>: .....

4.

Geburt <sup>(17)</sup>

4.1 Datum <sup>(17)</sup>: .....  
4.2 Geburtsort <sup>(18)</sup>: .....  
4.3 Provinz, Departement, Bezirk <sup>(19)</sup>: .....  
4.4 Land <sup>(20)</sup>: .....

5.

Anschrift und Bankverbindung

5.1 Anschrift <sup>(3)</sup> <sup>(21)</sup> <sup>(22)</sup>: .....  
.....  
5.2 Bankverbindung oder Anschrift für Zahlungsanweisung  
Name des Empfängers, wie der Bank bekannt: .....  
Name der Bank: .....  
Anschrift der Bank: .....  
Bankleitzahl (BIC/SWIFT): .....  
Internationale Bankkontonummer (IBAN): .....

6.

6.1 Versicherungsnummer beim bearbeitenden Träger: .....  
6.2 Geschäftszeichen des bearbeitenden Trägers: .....

7.

7.1  Der Versicherte ist noch erwerbstätig als  Arbeitnehmer  Selbständiger  
 Beamter <sup>(22a)</sup>  
 und somit in der Rentenversicherung pflichtversichert <sup>(23)</sup>  
7.2  Der Versicherte ist nicht mehr erwerbstätig als  Arbeitnehmer  Selbständiger  
 Beamter <sup>(22a)</sup> seit dem: .....  
7.3  Der Versicherte will keine entgeltliche Tätigkeit mehr ausüben als  Arbeitnehmer  Selbständiger  
 Beamter <sup>(22a)</sup> ab: .....  
7.4  Der Versicherte will eine Erwerbstätigkeit ausüben als <sup>(24)</sup>  Arbeitnehmer  Selbständiger (Art der Tätigkeit angeben):  
 Beamter <sup>(22a)</sup> .....  
7.5 Betrag  Arbeitsentgelts  Arbeitseinkommens  sonstigen Einkommens ..... <sup>(25)</sup>  
7.6 Art des sonstigen Einkommens: .....  
7.7  Der Antragsteller hat laut eigenen Angaben kein Einkommen <sup>(26)</sup>.

8.

	8.1 Der Versicherte	hat folgende Leistungen beantragt:	bezieht folgende Leistungen:
8.2	Lohnfortzahlung im Krankheitsfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	Geldleistungen der Krankenversicherung wegen Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4	Geldleistungen bei Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5	Invaliditätsrente <sup>(27)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6	Altersrente <sup>(27)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7	Hinterbliebenenrente <sup>(27)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8	Rente wegen Arbeitsunfalls oder Berufskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9	Aus Kfz-Haftpflichtversicherung zu zahlende rentenartige Leistung (Verkehrsunfallentschädigung) <sup>(28)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.10	Leistungen wegen Arbeitslosigkeit oder Vorruhestandsleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.11	Familienbeihilfen <sup>(29)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.12	Beitragsersatzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.13	Übertragung von Beiträgen <sup>(30)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.14	Sonstige Leistungen (welche?)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8.15	Träger, die die unter 8.3 bis 8.11 aufgeführten Leistungen schulden		

[Bezeichnung, Anschrift <sup>(3)</sup>, Nummer der Leistung]

- 8. ....
- 8. ....
- 8. ....
- 8. ....

8.16 Ergänzende Angaben zu den unter 8.3 bis 8.10 aufgeführten Leistungen

Betr. Leistungen	Bezugszeichen	Zeitraum oder Tag des Beginns	Betrag
8. ....	.....	.....	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich ..... <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich ..... <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich ..... <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich .....
8. ....	.....	.....	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich ..... <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich ..... <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich ..... <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich .....
8. ....	.....	.....	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich ..... <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich ..... <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich ..... <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich .....



10.4 Der bearbeitende Träger gewährt eine Mehrleistung, soweit der Antragsteller bei den Verrichtungen des täglichen Lebens auf ständige Hilfe angewiesen ist

- Ja  Nein  Steht noch nicht fest

— Zu der in Ziffer 8 ..... genannten Leistung erhält der Antragsteller eine zusätzliche Leistung, wenn er außerstande ist, die gewöhnlichen täglichen Verrichtungen zu erledigen

— Die Leistung darf gekürzt werden, wenn von einem anderen beteiligten Träger eine ähnliche Leistung gewährt wird

- Ja  Nein  Steht noch nicht fest

B. Angaben über die Familienangehörigen des Versicherten (4)

11.  Ehegatte  Lebensgefährte (12) (35)

11.1 Name (5): .....

11.2 Vornamen (6): ..... Frühere Namen (7): .....

11.3 Geburtsdatum: ..... Geburtsort (18): .....

11.4 Staatsangehörigkeit (15) (16): .....

11.5 Anschrift (3): .....

11.6 Versicherungsnummer (2) (14): .....

11.7 Tag der Eheschließung/des Beginns der Lebensgemeinschaft: .....

Lebt der Versicherte in gemeinsamem Haushalt mit dem Ehegatten oder Lebensgefährten?

Ja, seit dem: .....

Nicht mehr, seit dem: .....

11.8 Der Ehegatte/Lebensgefährte  ist erwerbstätig  ist nicht erwerbstätig

11.9 Wenn ja, Angabe der Höhe seiner Einkünfte

wöchentlich (36): .....  jährlich (37): .....

11.10 Der Ehegatte/Lebensgefährte im Alter von 60 bis 65 Jahren gibt an,

arbeitsfähig  arbeitsunfähig zu sein (33)

11.11 Der Ehegatte/Lebensgefährte

hat Rentenantrag gestellt im System für  Arbeitnehmer

ist rentenberechtigt im System für  Selbständige

alle Einwohner

Beamte (37a).

bezieht keine Rente.

Wenn ja, ist anzugeben:

11.12 Art der Rente (38): .....

11.13 Rentennummer (16): .....

11.14 Leistungspflichtiger Träger: .....

11.15 Betrag  monatlich  vierteljährlich  jährlich  wöchentlich .....

11.16 Der Ehegatte/Lebensgefährte  erhält andere  erhält keine anderen Leistungen <sup>(39)</sup>  
 wegen  wegen  wegen  sonstige  
Arbeitslosigkeit Krankheit Invalidität

11.17 Datum des Leistungsbeginns: .....

11.18 Betrag  monatlich  vierteljährlich  jährlich  wöchentlich .....

11.19 Sonstige bekannte Einkünfte: ..... Art: .....  
Höhe <sup>(40)</sup>: .....

11.20 Die unter 11.11 genannte Leistung beruht auf <sup>(31)</sup>:  
 eigenen Versicherungszeiten des Antragstellers: siehe E 205.  
 vom (ehemaligen) Ehegatten zurückgelegten Versicherungszeiten: siehe E 205.

**12.**

**Kinder <sup>(16)</sup>**

12.1

	Name <sup>(5)</sup>	Vornamen	Versicherungsnummer	Geschlecht	Ort und Datum der Geburt, der Eheschließung oder des Todes <sup>(41)</sup>	Verwandtschaftsverhältnis (d. h. eigenes Kind, adoptiertes Kind, Pflegekind)
1.	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....	.....	.....

12.2 Zuständig für die Gewährung der Leistungen nach Artikel 77 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 ist:  
 der bearbeitende Träger  
 der nachstehend bezeichnete Träger: .....

12.3 Der bearbeitende Träger  
 gewährt Leistungen für die unter 12.1 in den Zeilen Nr. .... aufgeführten Kinder bis einschließlich .....  
Höhe des Kinderzuschusses und der Familienbeihilfe je Kind <sup>(42)</sup>:  
.....  
 gewährt keine Leistungen für die unter 12.1 in den Zeilen Nr. .... aufgeführten Kinder <sup>(43)</sup>.  
 hat über den Leistungsanspruch noch nicht entschieden.

12.4 Anschrift <sup>(3)</sup> <sup>(44)</sup>: .....

12.5 Bemerkungen <sup>(45)</sup> <sup>(46)</sup> <sup>(49)</sup>: .....

C. Sonstige Angaben

13.  Tag der Einreichung des jetzigen Antrags: .....

Vom Antragsteller gewählter Tag des Rentenbeginns in Land: [Bezugnahme Kasten über Feld 1]  
.....

Tag des Rentenbeginns im Lande des bearbeitenden Trägers: .....

Der Antragsteller hat Zahlung (<sup>47</sup>)

unmittelbar im Wohnstaat.

bei einer Vertretung im Herkunftsstaat beantragt.

Zusätzliche Angabe für finnische Träger:

Der Antragsteller wünscht den Bescheid  auf Finnisch  auf Schwedisch

14. Der Antragsteller  hat einen  hat keinen  
Aufschub der Feststellung einer Altersrente beantragt, auf die er Anspruch hätte.  
Falls ja, Angabe des Landes und des gewählten Zeitpunkts des Rentenbeginns: .....

15.  Der bearbeitende Träger  gewährt  gewährt keine  
vorläufige(n) Leistung(en) nach Artikel 45 Absatz 1 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72.

15.1 Wenn nicht, werden die beteiligten Träger um Feststellung gebeten, ob sie vorläufige Leistungen nach Artikel 45 Absatz 2 der  
Verordnung (EWG) Nr. 574/72 gewähren können.

16.  Es ist eine  Es ist keine  
Verrechnung von Überzahlungen gemäß Artikel 111 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 vorzunehmen.

16.1 Etwaige Nachzahlungen  
 können  können nicht  
dem Berechtigten unmittelbar ausgezahlt werden.

17.

17.1 Beiliegende Vordrucke  E 205  E 207 (<sup>48</sup>)  E 213 oder alle verfügbaren ärztlichen  
Unterlagen

17.2 Bitte senden Sie uns Ihre(n)  E 210  E 213  Bescheid  Nachzahlungen  
 E 205

Bemerkungen: .....

18. Bearbeitender Träger

18.1 Bezeichnung: .....

18.2 Anschrift (<sup>3</sup>): .....

18.3 Stempel 18.4 Datum: .....

18.5 Unterschrift: .....

## HINWEISE

**Der Vordruck ist in Druck- oder Maschinenschrift auszufüllen. Er umfasst zehn Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.**

## ANMERKUNGEN

- (<sup>1</sup>) Kennbuchstaben des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (<sup>2</sup>) Je nach Empfängerträger erforderliche Angaben: für tschechische Träger die Geburtsnummer; für zyprische Träger bei zyprischen Staatsangehörigen die zyprische Identifikationsnummer, bei nicht zyprischen Staatsangehörigen die Nummer der Ausländermeldebescheinigung (Alien Registration Certificate ARC); für dänische Träger die CPR-Nummer; für finnische Träger die Bevölkerungsregisternummer; für schwedische Träger die Personenummer (personnummer); für isländische Träger die persönliche Identifikationsnummer (kennitala); für liechtensteinische Träger die AHV-Versicherungsnummer; für litauische Träger die persönliche Identifikationsnummer; für lettische Träger die Identitätsnummer; für maltesische Träger bei maltesischen Staatsangehörigen die Nummer des Personalausweises, bei nicht maltesischen Staatsangehörigen die maltesische Sozialversicherungsnummer; für norwegische Träger die persönliche Identifizierungsnummer (fødselsnummer); für belgische Träger die nationale Sozialversicherungsnummer (NISS); für deutsche Träger des allgemeinen Systems die Versicherungsnummer (VSNR), für Träger des Beamtenondersystems die persönliche Kenn-Nummer (PRS-Kenn-Nr.); für österreichische Träger die österreichische Versicherungsnummer (VSNR); für polnische Träger das Aktenzeichen des Rentenvorgangs bei einer Person, die bereits eine Rente aus dem polnischen Sozialversicherungssystem beantragt oder einen Rentenanspruch begründet hat; bei einer Person, die erstmals eine polnische Rente beantragt, die PESEL- und NIP- oder NKP-Nummer (NKP-Nummer, falls die betreffende Person der Sozialversicherung für Landwirte unterliegt); falls keine dieser Nummern vorhanden ist, sind Serie und Nummer des Personalausweises oder des Reisepasses anzugeben; für portugiesische Träger die Registrierungsnummer im allgemeinen Versicherungssystem und ob die betreffende Person beim portugiesischen Beamtenondersystem versichert war; für slowakische Träger die Geburtsnummer; für slowenische Träger die Registriernummer des Vorgangs, falls bekannt; ist diese bekannt, so wird die in Anmerkung 16 genannte Nummer weggelassen; für schweizerische Träger die AVS/AI(AHV/IV)-Versicherungsnummer; für ungarische Träger die TAJ-Nummer oder die persönliche Identifizierungsnummer.
- (<sup>3</sup>) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land, Telefonnummer.
- (<sup>4</sup>) Für norwegische Träger ist auch Einlegeblatt 3 auszufüllen. Für schweizerische Träger ist auch Einlegeblatt 4 auszufüllen. Für polnische Träger ist auch Einlegeblatt 5 auszufüllen; für Polen: Der Begriff „Versicherte“ umfasst auch Personen, die Sondersystemen angeschlossen sind; für tschechische Träger ist auch Einlegeblatt 6 auszufüllen; für litauische Träger ist nicht Teil B dieses Vordrucks, sondern Einlegeblatt 7 auszufüllen; für lettische Träger ist nicht Teil B dieses Vordrucks, sondern Einlegeblatt 9 auszufüllen.
- (<sup>5</sup>) — Name bedeutet Angabe des üblichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens.  
 — Der „Geburtsname“ ist stets anzugeben; ist er mit dem Namen identisch, so ist ggf. „IDEM“ einzusetzen.  
 — Zusätze wie „GENANNT“ oder „ALIAS“ sowie Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.  
 — Ist die versicherte bzw. berechnete Person eine verheiratete oder früher verheiratete Frau, so ist beim Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Name derjenige des jetzigen oder letzten Ehegatten und als Geburtsname der Mädchenname anzugeben.  
 — Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Geburtsnamen anzugeben.  
 — Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder Reisepass ersichtlich sind.
- (<sup>6</sup>) Alle Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (<sup>7</sup>) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; Zusätze wie „GENANNT“ oder „ALIAS“ sowie Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (<sup>8</sup>) M = männlich; F = weiblich.
- (<sup>9</sup>) Diese Angabe wird benötigt, wenn der Betreffende spanischer Staatsangehöriger ist oder der Vordruck — ungeachtet der Staatsangehörigkeit des Betreffenden — für einen französischen, ungarischen, griechischen oder polnischen Träger bestimmt ist.
- (<sup>10</sup>) Nach Möglichkeit für die deutschen, belgischen, französischen, ungarischen, italienischen, luxemburgischen, niederländischen, polnischen, österreichischen, liechtensteinischen, finnischen und norwegischen Träger auszufüllen. Liegt die Angabe beim bearbeitenden Träger nicht vor, so wendet sich der zuständige Träger unmittelbar an den Betreffenden.
- (<sup>11</sup>) Für belgische, ungarische und polnische Träger, für Träger des Vereinigten Königreichs sowie für liechtensteinische und finnische Träger ist auch das Datum neben dem entsprechenden Kästchen anzugeben.
- (<sup>12</sup>) Für niederländische, finnische, ungarische, isländische und norwegische Träger. Diese Angabe beruht auf einer Aussage der betreffenden Person. Nach dem niederländischen Allgemeinen Gesetz über Altersversicherung gelten auch folgende Personen als „verheiratet“ oder „Ehegatte“: dauernd in einem gemeinsamen Haushalt lebende unverheiratete Personen desselben oder verschiedenen Geschlechts. Gemeinsamer Haushalt bedeutet, dass zwei unverheiratete Personen ihre Wohnung gemeinsam besorgen, indem beide zu den Haushaltskosten beitragen oder sonstwie für den gegenseitigen Unterhalt sorgen. Nach den finnischen Rechtsvorschriften werden gleichgeschlechtliche Partner einer eingetragenen Partnerschaft als „verheiratet“ behandelt.
- (<sup>13</sup>) Nur auszufüllen, wenn der Vordruck für portugiesische oder slowenische Träger bestimmt ist.
- (<sup>14</sup>) Für niederländische Träger ist die SOFI-Nummer einzusetzen, falls bekannt. Für belgische Träger ist die nationale Sozialversicherungsnummer (NISS) anzugeben.

- (15) Gegebenenfalls Datum der Einbürgerung angeben.
- (16) Für spanische Träger sind — falls vorhanden — bei spanischen Staatsangehörigen die auf dem spanischen Personalausweis D.N.I. (Documento Nacional de Identidad) vermerkte Nummer und bei Ausländern deren Identifizierungsnummer N.I.E. (Número de Identificación de Extranjeros) anzugeben, auch dann, wenn der Ausweis abgelaufen ist. Falls nicht vorhanden, ist „KEINE“ anzugeben.  
Für maltesische Träger ist bei maltesischen Staatsangehörigen die Nummer des Personalausweises und bei nicht maltesischen Staatsangehörigen die maltesische Sozialversicherungsnummer anzugeben. Bei slowenischen Staatsangehörigen ist die persönliche Identifizierungsnummer — EMŠO — anzugeben.
- (17) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben (Beispiel: 1. August 1921 = 01.08.1921).
- (18) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement) ist die Nummer des Bezirks anzugeben (Beispiel: PARIS 14). Bei portugiesischen Orten sind auch Gemeinde (freguesia) und Kreis (conselho) anzugeben. Bei niederländischen Orten ist auch die Gemeinde zu nennen.
- (19) Bei spanischen, französischen bzw. italienischen Versicherten ist diese Angabe zwingend erforderlich. Sie beinhaltet jeweils die gebietsmäßige Zugehörigkeit des Geburtsorts (zum Beispiel bei Frankreich: Für Geburtsort LILLE ist das Geburtsdepartement NORD zusammen mit der Departementskennnummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben; in diesem Fall also: 59. Die vollständige Angabe lautet somit: „NORD 59“). Bei in Spanien geborenen Personen ist nur die Provinz anzugeben.
- (20) Kennbuchstaben des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung des ISO-Ländercodes (ISO 3166-1).
- (21) Ist der Vordruck für einen deutschen, polnischen, österreichischen, liechtensteinischen, finnischen oder schweizerischen Träger bestimmt, ist gegebenenfalls die Anschrift des gesetzlichen Vertreters (Rechtsberater, Vormund, Pfleger ...) im nachstehenden Feld anzugeben.  
Anschrift (3): .....
- (22) Ist der Vordruck für einen dänischen, finnischen, isländischen, lettischen, polnischen oder norwegischen Träger bestimmt, so ist im nachstehenden Feld die letzte Anschrift des Antragstellers im betreffenden Land anzugeben.  
Anschrift (3): .....
- (22a) Für Polen: Der Begriff „Beamter“ bezieht sich auf Personen, die Sondersystemen angeschlossen sind.
- (23) Für spanische und slowenische Träger.
- (24) Für belgische, deutsche, ungarische, spanische, irische, luxemburgische, polnische, portugiesische, slowakische, österreichische und norwegische Träger auszufüllen.
- (25) Für belgische, tschechische, dänische, französische, italienische, luxemburgische, österreichische, isländische und norwegische Träger (Jahresbetrag) sowie für griechische, polnische und portugiesische Träger (Monatsbetrag) auszufüllen. Ist der Vordruck für einen italienischen Träger bestimmt, sind alle Einkünfte anzugeben außer: Gegenwert der Wohnkosten in Wohneigentum, Familienleistungen, Geldleistungen wegen Arbeitsunfalls oder Berufskrankheit, reine Fürsorgeleistungen.
- (26) Auszufüllen, wenn der Vordruck für italienische oder griechische Träger bestimmt ist. In Italien gelten nicht als Einkommen: Gegenwert der Wohnkosten in Wohneigentum, Familienleistungen, Geldleistungen wegen Arbeitsunfalls oder Berufskrankheit, reine Fürsorgeleistungen.
- (27) Für liechtensteinische Träger auch anzugeben, wenn die versicherte Person die Rente aus dem beruflichen Vorsorgesystem als Abfindung  beantragt oder  erhalten hat.  
Für maltesische Träger ist anzugeben, ob die versicherte Person eine Betriebsrente eines ehemaligen Arbeitgebers beantragt hat oder eine solche bezieht. Der Rentenbetrag entspricht dem bei der ursprünglichen Feststellung der Rente festgesetzten Betrag. Die entsprechenden Angaben sind unter 8.16 zu machen.
- (28) Für finnische Träger.
- (29) Auszufüllen, wenn der Vordruck für italienische Träger bestimmt ist.
- (30) Für liechtensteinische Träger.
- (31) Für lettische und niederländische Träger auszufüllen.
- (32) Angabe der Art des Einkommens, das vom bearbeitenden Träger bei Anwendung seiner Doppelleistungsbestimmungen angerechnet wird.
- (33) Griechische, spanische, französische, österreichische und polnische Träger können danach einen Vordruck E 213 anfordern.
- (33a) Für polnische Träger bei Beantragung einer Altersrente nach einem Sondersystem.
- (34) Für portugiesische Träger ist auch Vordruck E 202 Einlegeblatt 2 auszufüllen.
- (35) Für niederländische Träger ist gleichzeitig ein Vordruck E 205 für den (ehemaligen) Ehegatten/Lebensgefährten einzureichen.
- (36) Auszufüllen, wenn der Vordruck für irische oder österreichische Träger oder Träger des Vereinigten Königreichs bestimmt ist.
- (37) Auszufüllen, wenn der Vordruck für belgische, dänische, spanische, französische, italienische, luxemburgische, niederländische, österreichische, isländische oder norwegische Träger bestimmt ist. Für niederländische Träger ist auch ein Nachweis beizufügen.
- (37a) Für Polen: der Begriff „Rente im System für Beamte“ bezieht sich auf Leistungen aus Sondersystemen.
- (38) Für spanische, französische, österreichische oder liechtensteinische Träger sind Art des Versicherungsfalls (Invalidität, Alter) und Art des Anspruchs (unmittelbar oder mittelbar) anzugeben.

- (39) Für belgische, dänische, deutsche, spanische, französische, irische, italienische, niederländische, österreichische Träger, Träger des Vereinigten Königreichs, isländische und norwegische Träger auszufüllen.
- (40) Für dänische, spanische, niederländische, österreichische, isländische und norwegische Träger (Jahresbetrag), für französische Träger (Vierteljahresbetrag) und für italienische Träger (Monatsbetrag) auszufüllen.
- (41) Das zutreffende Datum ist jeweils wie folgt zu kennzeichnen: \* für Geburt, °° für Eheschließung, † für Tod.
- (42) Genaue Angabe der Sätze ab Rentenfeststellung mit späteren Betragsänderungen.
- (43) Für italienische und norwegische Träger ist Einlegeblatt 1 auszufüllen. Zusätzliche Angaben auf Einlegeblatt 1 werden auch dann gemacht, wenn der beteiligte Träger sie eigens angefordert hat.
- (44) Angabe der gemeinsamen Anschrift. Wohnt ein Kind unter einer anderen Anschrift, so ist diese im folgenden Feld anzugeben  
Name und Vornamen: .....  
Anschrift (3): .....  
.....
- (45) Für spanische Träger ist anzugeben, ob die Kinder von der versicherten Person wirtschaftlich abhängig sind und ob eines der Kinder ein Gebrechen hat. In letzterem Falle ist anzugeben, ob das Kind eine Invaliditätsrente aus eigenem Anspruch bezieht.
- (46) Angabe, ob das Kind verheiratet, invalide, verstorben (Todesstag), Auszubildender oder Studierender ist. Für liechtensteinische oder schweizerische Träger ist eine Ausfertigung des Ausbildungsvertrags oder eine Bescheinigung der Ausbildungsstätte für jedes in schulischer oder beruflicher Ausbildung stehende Kind im Alter zwischen 18 und 25 Jahren beizufügen. Für zyprische Träger ist für jedes studierende Kind im Alter von 16 bis 23 Jahren bei Mädchen und im Alter von 16 bis 25 Jahren bei Jungen eine Bescheinigung der Vollzeitausbildung beizufügen.
- (47) Auszufüllen, wenn der Vordruck für italienische oder griechische Träger bestimmt ist.
- (48) Für liechtensteinische Träger ist dem Vordruck E 202 jeweils Vordruck E 207 für die versicherte Person und gegebenenfalls für den (jetzigen und ehemaligen) Ehegatten der versicherten Person beizufügen.
- (49) Für ungarische Träger ist zu prüfen, ob ein Antragsteller, der jünger als 62 Jahre alt ist, die unter 12.1 genannten Kinder mindestens 10 Jahre lang in seinem eigenen Haushalt erzogen hat.

**FELD 12 „KINDER“  
ERGÄNZENDE ANGABEN**

*Für jedes Kind ist ein gesondertes Blatt auszufüllen.*

**1.** Das unter 12.1 Zeile ..... genannte Kind

ist erwerbstätig  ist nicht erwerbstätig

1.1 Wird die Frage bejaht, bitte angeben:  
Art der Tätigkeit (Arbeitnehmer oder Selbständiger): .....

Höhe des Einkommens <sup>(1)</sup> je:  Woche  Monat  Jahr .....

**2.** Das unter 12.1 Zeile ..... genannte Kind

hat anderweitig Einkommen  hat anderweitig kein Einkommen

2.1 Wird die Frage bejaht, bitte angeben:  
Art des Einkommens:  
 Leistungen der sozialen Sicherheit:  
Höhe je  Woche  Monat  Jahr .....

sonstiges Einkommen <sup>(2)</sup>:  
Höhe je  Woche  Monat  Jahr .....

**3.** Für das unter 12.1 Zeile ..... genannte Kind hat die folgende Person:

(Name, Vorname): .....  
(Anschrift): .....  
.....

aufgrund der Ausübung einer Erwerbstätigkeit Anspruch auf Familienleistungen oder -beihilfen  
(Artikel 79 Absatz 3 Verordnung (EWG) Nr. 1408/71)  
in Höhe von: .....  
ab dem (Datum): .....

3.1 Für die Auszahlung dieser Familienleistungen oder -beihilfen sind folgende Träger zuständig:  
(Bezeichnung): .....  
(Anschrift): .....  
.....  
(Bezeichnung): .....  
(Anschrift): .....  
.....

**4.** Das unter 12.1 Zeile ..... genannte Kind ist arbeitsunfähig. Vordruck E 404 liegt bei.

(<sup>1</sup>) Anzugeben sind alle Einkünfte außer Entlassungsabfindungen, Familienleistungen, Entgeltnachzahlungen, Leibrenten wegen Arbeitsunfalls oder Berufskrankheit, Kriegsrenten, Renten wegen wehrdienstbedingter Beschädigung, Pflegegeld, Fahrtkostenzuschuss.  
(<sup>2</sup>) „Sonstiges Einkommen“ bedeutet Einkommen aus Vermietung und Verpachtung oder aus Kapitalvermögen (Spar- und Girokonten bei Bank oder Post, Staatspapiere, Investmentfonds, Aktien, festverzinsliche Wertpapiere usw.).



**Feld 10.2**  
**ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR PORTUGIESISCHE TRÄGER**

*Auszufüllen, wenn der Antragsteller erklärt hat, dass er bei den Verrichtungen des täglichen Lebens auf die Hilfe einer dritten Person angewiesen ist.*

1.	Angaben über die dritte Person
Name: .....	
Vornamen: .....	
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land): .....	
.....	

2.	Meldung des bearbeitenden Trägers
2.1	<input type="checkbox"/> Wir haben festgestellt, dass die oben genannte Person die dritte Person ist, die dem Antragsteller bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (Körperhygiene, Ernährung, Fortbewegung usw.) tatsächlich behilflich ist.
2.2	<input type="checkbox"/> Tatsächliche Hilfeleistung für den Antragsteller durch die oben genannte dritte Person wurde nicht festgestellt.

3. Wurde die Hilfsbedürftigkeit durch einen Dritten verursacht?

Ja  Nein

4. Erhält die betreffende Person Pflegegeld oder eine ähnliche Leistung?

Ja  Nein

4.1 Bezeichnung und Anschrift des zahlenden Trägers:

.....

4.2 Monatliche Höhe:

.....



**ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR NORWEGISCHE TRÄGER**

1.	Der Antragsteller	hat beantragt	bezieht
	Grundbeihilfe zur Deckung von Mehraufwendungen wegen Langzeiterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Betreuungsbeihilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.	Der Ehegatte
	<input type="checkbox"/> hat als nichterwerbstätige Person Rente beantragt
	<input type="checkbox"/> bezieht Rente als nichterwerbstätige Person
	<input type="checkbox"/> bezieht als nichterwerbstätige Person keine Rente

3.	Kinder
	Erhalten alle Kinder Unterhalt vom Antragsteller? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Falls nein, sind der Name des Kindes (der Kinder) und die Höhe des Jahreseinkommens des Kindes anzugeben: .....
	.....
	Falls die Eltern verheiratet sind:
	Wohnen alle Kinder bei den Eltern? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Falls nein, bitte angeben, welches Kind/welche Kinder nicht:
	.....
	.....
	Falls die Eltern nicht verheiratet sind:
	Wohnen alle Kinder bei den Eltern? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Falls ja, Angaben zu dem anderen Elternteil:
	Name: .....
	Geburtsdatum: .....
	Jahreseinkommen (alle Arten, einzeln aufzuführen): .....
	Name des Kindes (der Kinder), wenn nicht alle Kinder betroffen sind: .....
	.....

4.	Lebensgefährte
	Ist die Antrag stellende Person früher mit dem Lebensgefährten verheiratet gewesen?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Hat oder hatte die Antrag stellende Person Kinder mit dem Lebensgefährten?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



**ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR SCHWEIZERISCHE TRÄGER**

**1.** Angaben über den Versicherten

Name (Nummer 2.1): .....

Vornamen (Nummer 2.3): .....

Geburtsdatum (Nummer 4.1): .....

2. Wenn es sich bei dem Versicherten um einen schweizerischen Staatsangehörigen handelt sind der Herkunftsort: .....  
und das Datum des Erwerbs der schweizerischen Staatsangehörigkeit anzugeben: .....

**3.** Angaben zum Wohnsitz des Versicherten in der Schweiz

Ort:	von (Monat/Jahr):	bis (Monat/Jahr):	Art der Aufenthalts- genehmigung:
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Bitte fügen Sie Kopien der Wohnbescheinigungen oder Aufenthaltsgenehmigungen bei.

**4.** Auszufüllen, wenn der Versicherte verheiratet ist oder war

	1. Ehe:	2. Ehe:	3. Ehe:
4.1 Eheschließung am:	.....	.....	.....
4.2 Scheidung am:	.....	.....	.....
4.3 Angaben zum Ehepartner, ehemaligen Ehepartner oder verstorbenen Ehepartner			
Name und Vornamen:	.....	.....	.....
Geburtsname:	.....	.....	.....
Geburtsdatum:	.....	.....	.....
Todesdatum:	.....	.....	.....

**5.** Angaben zum Wohnsitz des Ehepartners, der ehemaligen Ehepartner oder der verstorbenen Ehepartner in der Schweiz während der Ehe

Name und Vornamen:	Wohnort:	von (Monat/Jahr):	bis (Monat/Jahr):	Art der Aufenthalts- genehmigung:
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Bitte fügen Sie Kopien der Wohnbescheinigungen oder Aufenthaltsgenehmigungen bei.

**6.** Auszufüllen für Kinder getrennt lebender oder geschiedener Eltern

Name:	Vornamen:	Geburtsdatum:	Personensorge:			
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Gemeinsam	<input type="checkbox"/> andere Person
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Gemeinsam	<input type="checkbox"/> andere Person
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Gemeinsam	<input type="checkbox"/> andere Person
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Gemeinsam	<input type="checkbox"/> andere Person
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Gemeinsam	<input type="checkbox"/> andere Person

7. Möchte der Versicherte den Bezug der Rente vorziehen?  ja  nein  
Wenn ja, um welche Zeit?  1 Jahr  2 Jahre
8. Möchte der Versicherte den Bezug der Rente aufschieben?  ja  nein

**ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR POLNISCHE TRÄGER**

*Vom Antragsteller auszufüllen und dem Vordruck E 202 beizufügen*

<b>1.</b>	Angaben zur Person des Antragstellers
1.1	Name: .....
1.2	Geburtsname: .....
1.3	Vorname(n): .....
1.4	Geburtsdatum: .....
1.5	NIP-Nummer: .....

<b>2.</b>	Zur Feststellung der Höhe der Altersrente aus dem nationalen Sozialversicherungssystem beantrage ich, dass Folgendes als Feststellungsgrundlage für den Leistungsbetrag genehmigt wird:
<input type="checkbox"/> Durchschnittliche Beitragsbemessungsgrundlage für die Sozialversicherung bzw. Alters- und Invaliditätsrentenversicherung nach den polnischen Vorschriften während 10 aufeinander folgenden Kalenderjahren — ausgewählt aus den letzten 20 Kalenderjahren, die unmittelbar dem Jahr vorausgehen, in dem der Antrag eingereicht wurde, d. h. von ..... bis ..... (*).	
<input type="checkbox"/> Durchschnittliche Beitragsbemessungsgrundlage für die Sozialversicherung bzw. Alters- und Invaliditätsrentenversicherung nach den polnischen Vorschriften während der 20 Kalenderjahre vor dem Jahr der Antragstellung — ausgewählt aus der Gesamtversicherungsdauer (*).	
<input type="checkbox"/> Durchschnittliche Beitragsbemessungsgrundlage für die Sozialversicherung oder Alters- und Invaliditätsrentenversicherung nach den polnischen Vorschriften während 10 aufeinander folgenden Kalenderjahren vor dem Jahr, in dem erstmals eine Versicherung im Ausland bestand, wenn nicht während der 20 Kalenderjahre vor dem Jahr der Antragstellung eine Versicherung in Polen bestand.	
<input type="checkbox"/> Feststellungsgrundlage einer früher bezogenen Altersrente oder Erwerbsunfähigkeitsrente.	
<input type="checkbox"/> Feststellungsgrundlage der Altersrente, die zur Feststellung des Vorruhestandsgelds herangezogen wurde.	

3. Erhielt der Antragsteller zum Zeitpunkt der Antragstellung von der Sozialversicherung für den Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit Krankengeld oder Rehabilitationsgeld?

- Ja                       Nein

Falls „JA“, geben Sie bitte an, wann die erhaltenen Leistungen auslaufen (Datum): .....

4. Ist der Antragsteller noch erwerbstätig?

- Ja                       Nein

Falls „JA“, geben Sie bitte an, wann er/sie die Erwerbstätigkeit einstellen wird (Datum): .....

5. Zur Feststellung der Höhe der Altersrente aus der Sozialversicherung für Landwirte geben Sie bitte an, ob der Antragsteller (seine Ehefrau/ihr Ehemann) Eigentümer (Miteigentümer) oder Inhaber eines landwirtschaftlichen Betriebs ist.

- Ja                       Nein

Falls „JA“, geben Sie bitte die Fläche des landwirtschaftlichen Betriebs (in Hektar) an: .....

6. Zur Ermittlung des Anspruchs auf eine Polizistenrente muss der Antragsteller die Bezeichnung der Einheit, in der er/sie vor der Freistellung Dienst getan hat, die Art des Dienstes und das Datum der Freistellung angeben:

.....

7. Zur Neufeststellung der Höhe der Polizistenrente, da ich wieder für Polizei, interne Sicherheitsbehörde, Nachrichtendienst, Grenzschutz, Staatssicherheitsbehörde, Staatsfeuerwehr oder Justizvollzug tätig geworden bin und dort ununterbrochen für die Dauer von mindestens 12 Monaten gearbeitet habe, beantrage ich Folgendes:

- Ausscheiden aus der derzeitigen Feststellungsgrundlage.
- Genehmigung der Vergütung der zuletzt besetzten Stelle (ab dem Monat der Dienstfreistellung), als Feststellungsgrundlage der Altersrente.

**E 202 Einlegeblatt 5 PL (Fortsetzung)**

8. Zur Ermittlung des Anspruchs auf eine Polizistenrente erklärt der Antragsteller, dass er nach der Dienstfreistellung Einkünfte oder ähnliche Geldleistungen

erhält für den Zeitraum .....

nicht erhält;

eine polnische Rente, Rente für pensionierte Richter oder Staatsanwälte, Rente für Hinterbliebene eines pensionierten Richters oder Staatsanwalts, Vorruhestandsleistung, Geldleistungen aus der Arbeitslosenkasse

erhält.  nicht erhält.

Bei Personen, die eine solche Leistungen „erhalten“, ist die Nummer der Leistung, das Datum, ab dem diese Leistung gezahlt wurde, und die Bezeichnung des zahlenden Trägers anzugeben: .....

Der Antragsteller

ist  ist nicht Mitglied

eines offenen Rentenfonds.

9. Um die Soldatenrente zu erhalten, muss der Antragsteller die Bezeichnung der Einheit, bei der der frühere Berufssoldat bis zum Tage der Freistellung vom Berufwehrdienst stationiert war, und das Datum der Freistellung angeben:

.....

Hiermit erkläre ich, dass ich nach der Dienstfreistellung eine ähnliche Vergütung oder ähnliche Leistung in bar erhalten werde:

Ja  Nein

Falls „JA“ — geben Sie bitte an, für welchen Zeitraum: ..... (von — bis/Tag, Monat, Jahr)

.....

Datum

.....

Unterschrift des Antragstellers

(\*) Bei Arbeitnehmern sind die Bescheinigung mit den Angaben zur Bemessungsgrundlage der Beiträge für die Sozialversicherung oder die Alters- und Invaliditätsrentenversicherung oder die vom Arbeitgeber oder seinem Rechtsnachfolger ausgestellte Lohn- oder Gehaltsbescheinigung und die Versicherungskarte mit der Höhe des bezogenen Entgelts beizufügen.  
Vorzuzeigen sind Originale der genannten Dokumente oder von einem ausländischen Versicherungsträger, Notar oder Konsul der Republik Polen beglaubigte Kopien der Dokumente.  
Bei Selbständigen ist die Bankkontonummer des Beitragszahlers anzugeben oder — wenn die Geschäftstätigkeit vor der Einführung der Pflichtversicherung stattgefunden hat — eine Bescheinigung eines Berufsverbands oder einer Körperschaft (z. B. Handwerkskammer) vorzuzeigen.

**ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR TSCHECHISCHE TRÄGER**

*Für tschechische Träger ist hinsichtlich der unter 12.1 genannten Kinder die folgende Tabelle auszufüllen:*

Vor- und Nachname des Kindes	Tag, Monat und Jahr der Geburt des Kindes	Name und Vorname des Vaters	Name und Vorname der Mutter	Zeit der persönlichen Betreuung des Kindes (von-bis)	Wenn das Kind von einer anderen Person oder Einrichtung betreut wird/wurde (wo und von-bis)



**ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR LITAUISCHE TRÄGER**

1. Seriennummer und Nummer des litauischen staatlichen Sozialversicherungsausweises  
 .....
2. Der Antragsteller hat Militärdienst in Litauen oder der früheren UdSSR geleistet:
- |                                       |                             |  |
|---------------------------------------|-----------------------------|--|
|                                       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/>                  |
| Falls „Ja“, als Wehrdienstpflichtiger | <input type="checkbox"/>    | oder als Freiwilliger <input type="checkbox"/> |
3. Zeitaufwand für häusliche Betreuung/Versorgung in Litauen (auszufüllen, wenn vor dem 1.1.1995 Betreuungsaufgaben wahrgenommen wurden):
- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 3.1 für Mütter — Zeitaufwand für die Betreuung und Versorgung eines behinderten Kindes unter 16 Jahren | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3.2 für Familienangehörige — Zeitaufwand für die Betreuung Behinderter der Gruppe 1                    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
4. Der Antragsteller war:
- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 4.1 politischer Gefangener   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4.2 deportiert   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4.3 Widerständler  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4.4 deportiert für Zwangsarbeit jenseits der früheren sowjetischen Grenze  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4.5 in Ghettos, Konzentrationslagern und anderen Zwangsinternierungseinrichtungen während des Zweiten Weltkriegs | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |



**ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR BELGISCHE TRÄGER**

1. Hat der Antragsteller/die Antragstellerin im Jahr oder nach dem Jahr seines/ihrer 20. Geburtstags in Belgien studiert?

Ja  Nein

Wenn JA, Studienzeit: von ..... bis .....

2. Auszufüllen von Personen, die mehr als einmal verheiratet waren:

Erste Ehe:	geschlossen: .....	Tag der Trennung (*): .....
	aufgelöst: Tag der Scheidung: .....	Sterbedatum des Ehegatten: .....
	Ehegatte: NAME, Vorname: .....	
	Geburtsdatum: .....	Staatsangehörigkeit: .....
Zweite Ehe:	geschlossen: .....	Tag der Trennung (*): .....
	aufgelöst: Tag der Scheidung: .....	Sterbedatum des Ehegatten: .....
	Ehegatte: NAME, Vorname: .....	
	Geburtsdatum: .....	Staatsangehörigkeit: .....
Dritte Ehe:	geschlossen: .....	Tag der Trennung (*): .....
	aufgelöst: Tag der Scheidung: .....	Sterbedatum des Ehegatten: .....
	Ehegatte: NAME, Vorname: .....	
	Geburtsdatum: .....	Staatsangehörigkeit: .....

3. Auszufüllen von Personen, die gegenwärtig verwitwet oder geschieden sind:

Erste Ehe: War der frühere oder verstorbene Ehegatte in Belgien erwerbstätig?

Ja  Nein

Wenn JA, in welchem System?

Selbständige  Arbeitnehmer  Behörden

Zweite Ehe: War der frühere oder verstorbene Ehegatte in Belgien erwerbstätig?

Ja  Nein

Wenn JA, in welchem System?

Selbständige  Arbeitnehmer  Behörden

Dritte Ehe: War der frühere oder verstorbene Ehegatte in Belgien erwerbstätig?

Ja  Nein

Wenn JA, in welchem System?

Selbständige  Arbeitnehmer  Behörden

(\*) Tag der Trennung ist der Tag, ab dem die Ehegatten offiziell nicht mehr unter derselben Anschrift wohnen.



**ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR LETTISCHE TRÄGER**

1. Der Versicherte gehört zu einer der folgenden Personengruppen:

- dauerhaft Behinderte (Dauer der Behinderung .....
- Kleinwüchsige
- Personen, die unter anerkanntermaßen gefährlichen und schweren Arbeitsbedingungen beschäftigt waren
- Personen, die an der Beseitigung der Folgen des Störfalls im Atomkraftwerk Tschernobyl mitgewirkt haben oder die aus den strahlengeschädigten Gebieten evakuiert wurden
- politisch Verfolgte
- Studierende vor 1991
- Personen, die vor 1991 eine invalide Person der Gruppe I oder ein von Kindheit an als invalide anerkanntes Kind — bis zum Alter von 16 Jahren — oder eine Person von über 80 Jahren gepflegt haben

2. Erforderliche Angaben, falls der Versicherte vor 1996 in Lettland oder in der ehemaligen UdSSR Militärdienst geleistet hat

2.1 Militärdienstzeit .....

2.2 als Wehrdienstpflichtiger  oder als Freiwilliger

3. Angaben zu den Kindern der versicherten Person, falls diese fünf und mehr Kinder oder ein von Kindheit an als invalide anerkanntes Kind betreut hat — von Kindheit an bis zum Alter von 8 Jahren

Kinder:

	Name	Vornamen	Geburtsdatum	Zeit der Betreuung	Bemerkungen (*)
1.	.....	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....	.....
5.	.....	.....	.....	.....	.....

(\*) Angabe, ob das Kind invalide oder verstorben ist (Sterbedatum) oder ob das Kind bei einer anderen Person in Pflege oder in Anstaltspflege war.