

| Land: | Kenn-Nummer ⁽²⁾ ⁽¹⁷⁾ | Beteiligter Träger (ggf. Verbindungsstelle) |
|-----------|--|--|
| (1) | | |
| (2) | | |
| (3) | | |
| (4) | | |
| (5) | | |

BEARBEITUNG EINES ANTRAGS AUF INVALIDITÄTSRENTE

*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 und den anderen Trägern, bei denen der Arbeitnehmer oder Selbständige versichert war (beteiligte Träger), oder der Verbindungsstelle je eine Ausfertigung zu übersenden.

| | |
|-----------|--|
| 1. | An den beteiligten Träger oder die Verbindungsstelle |
| 1.1 | Bezeichnung: |
| 1.2 | Anschrift ⁽³⁾ : |

A. Angaben über den Versicherten ^(3a)

| | | |
|-----------|--|---|
| 2. | | |
| 2.1 | Name ⁽⁴⁾ : | |
| 2.2 | Geburtsname ⁽⁴⁾ : | |
| 2.3 | Vornamen ⁽⁵⁾ : | |
| 2.4 | Frühere Namen ⁽⁶⁾ : | |
| 2.5 | Geschlecht ⁽⁷⁾ : | |
| 2.6 | Name und Vornamen des Vaters ⁽⁸⁾ : | |
| 2.7 | Geburtsname und Vornamen der Mutter ⁽⁸⁾ : | |
| 2.8 | Personenstand: | |
| | <input type="checkbox"/> Ledig | <input type="checkbox"/> Geschieden ⁽⁹⁾ seit: ⁽¹⁰⁾ |
| | <input type="checkbox"/> Verheiratet seit: ⁽¹⁰⁾ | <input type="checkbox"/> Getrennt lebend seit: ⁽¹⁰⁾ |
| | <input type="checkbox"/> Zusammenlebend seit: ⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾ ⁽¹³⁾ | <input type="checkbox"/> Wieder verheiratet ⁽⁹⁾ seit: ⁽¹⁰⁾ |
| | | <input type="checkbox"/> Verwitwet seit: ⁽¹⁰⁾ |
| 2.9 | Steuernummer ⁽¹⁴⁾ : | |
| | Kennung des Steuerbezirks: | |
| 2.10 | Versicherungsnummer ⁽²⁾ ⁽¹⁵⁾ : | |

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

3. Staatsangehörigkeit ⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁷⁾:

4. Geburt ⁽¹⁸⁾

4.1 Datum ⁽¹⁸⁾:

4.2 Geburtsort ⁽¹⁹⁾:

4.3 Provinz, Departement oder Bezirk ⁽²⁰⁾:

4.4 Land ⁽²¹⁾:

5. Anschrift und Bankverbindung

5.1 Anschrift ⁽³⁾ ⁽²²⁾ ⁽²³⁾:

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 Datum, auf das der Beginn der Invalidität festgesetzt wurde:

7.2 Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit mit anschließender Invalidität:

7.3 Die betroffene Person

übt noch eine übt keine

Erwerbstätigkeit Beamtentätigkeit ^(23a) selbständige Tätigkeit aus/mehr aus.

7.4 Wird eine Arbeitnehmer- oder Beamtentätigkeit ausgeübt, so sind anzugeben ^(23a) ⁽²⁴⁾

die Höhe des Arbeitsentgelts:

die Dauer der wöchentlichen Arbeitszeit:

7.5 Tag der Aufgabe der Erwerbstätigkeit

als Arbeitnehmer:

als Selbständiger:

als Beamter ^(23a):

7.6 Art dieser Tätigkeit ^(24a):

Wird eine selbständige Tätigkeit ausgeübt, so ist die Höhe des Arbeitseinkommens anzugeben ⁽²⁵⁾:

7.7 Art der Tätigkeit:

7.8 Sonstige bekannte Einkünfte (Art und Höhe) ⁽²⁶⁾:

7.9 Der Antragsteller hat laut eigenen Angaben kein Einkommen ⁽²⁷⁾.

7.10 Die Invalidität

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> wurde vermutlich | <input type="checkbox"/> wurde vermutlich nicht durch einen Dritten verursacht. |
| <input type="checkbox"/> beruht | <input type="checkbox"/> beruht nicht auf Arbeitsunfall oder Berufskrankheit ⁽²⁸⁾ . |
| <input type="checkbox"/> beruht | <input type="checkbox"/> beruht nicht auf einem außerbetrieblichen Unfall oder einer außerberuflichen Erkrankung ⁽²⁹⁾ . |
| <input type="checkbox"/> ist das Ergebnis von | <input type="checkbox"/> ist nicht das Ergebnis von Verletzungen oder Krankheiten, die während einer Militärdienstzeit eingetreten sind ^(28a) . |
| <input type="checkbox"/> ist das Ergebnis | <input type="checkbox"/> ist nicht das Ergebnis eines Unfalls, der beim Militärdienst eingetreten ist, oder einer Krankheit, die auf Grund besonderer Merkmale oder Bedingungen des Militärdienstes eingetreten ist ^(28a) . |
| <input type="checkbox"/> wurde vermutlich | <input type="checkbox"/> wurde vermutlich nicht absichtlich vom Antragsteller verursacht ⁽⁵⁰⁾ . |

7.11 Bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit war der Antragsteller:

als Erwerbstätiger invaliditätsversichert.

nicht als Erwerbstätiger invaliditätsversichert.

nicht gegen Invalidität versichert.

8.

8.1 Nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit

absolvierte der Versicherte Rehabilitationskurse.

absolvierte der Versicherte keine Rehabilitationskurse.

absolvierte der Versicherte berufsbildende Kurse.

absolvierte der Versicherte keine berufsbildenden Kurse.

8.2 Wenn ja, ist anzugeben: Für welchen Beruf:

8.3 Arbeitgeber, bei dem die neue Beschäftigung ausgeübt wird:

Name des Arbeitgebers oder Firma:

Anschrift ⁽³⁾:

8.4 Datum des Beginns und der Beendigung dieser Beschäftigung:

9.

| | hat beantragt folgende Leistungen: | bezieht folgende Leistungen: |
|---|------------------------------------|-------------------------------|
| 9.1 Der Versicherte | | |
| 9.2 Lohnfortzahlung im Krankheitsfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.3 Geldleistungen der Krankenversicherung wegen Arbeitsunfähigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.4 Geldleistungen bei Rehabilitation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.4 Geldleistungen bei beruflicher Bildung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.5 Invaliditätsrente ⁽³⁰⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.6 Altersrente ⁽³⁰⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.7 Hinterbliebenenrente ⁽³⁰⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.8 Rente wegen Arbeitsunfalls oder Berufskrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.9 Leistungen wegen Arbeitslosigkeit oder Vorruhestandsleistung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.10 Leistungen für die Hilfe einer dritten Person ⁽³¹⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.11 Familienbeihilfen ⁽³²⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.12 Beitragserstattung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.13 Übertragung von Beiträgen ⁽³³⁾ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.14 Sonstige Leistungen (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

9.15 Träger, die die unter 9.2 bis 9.11 aufgeführten Leistungen schulden:

[Bezeichnung, Anschrift ⁽³⁾, Nummer der Leistung]

- 9.
- 9.
- 9.
- 9.

9.16 Ergänzende Angaben zu den unter 9.2 bis 9.11 aufgeführten Leistungen

| Betr. Leistungen | Aktenzeichen | Zeitraum oder Tag des Beginns | Betrag |
|------------------|--------------|-------------------------------|--|
| 9. | | | <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 |
| 9. | | | <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 |
| 9. | | | <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 |

9.17 Als Vorschuss auf die beantragte Rente gelten:

- Geldleistungen der Krankenversicherung wegen Arbeitsunfähigkeit
- Leistungen wegen Arbeitslosigkeit
-

9.18 Der Versicherte hat nach den vom bearbeitenden Träger angewendeten Rechtsvorschriften Anspruch auf Sachleistungen wegen Krankheit?

- Ja Nein Steht noch nicht fest

9.19 Der bearbeitende oder ein anderer Träger gewährt eine Mehrleistung, soweit der Antragsteller bei den Verrichtungen des täglichen Lebens auf ständige Hilfe angewiesen ist?

- Ja Nein Steht noch nicht fest

— Neben der unter Ziffer 9. genannten Leistung bezieht der Antragsteller eine zusätzliche Leistung, wenn er die gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens nicht erledigen kann?

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

- Ja Nein Steht noch nicht fest

11.11 Leistungspflichtiger Träger:

11.12 Betrag monatlich vierteljährlich jährlich

11.13 Der Ehegatte/Lebensgefährte erhält andere erhält keine anderen Leistungen ⁽³⁹⁾
 wegen Arbeitslosigkeit wegen Krankheit wegen Invalidität sonstige

11.14 Datum des Leistungsbeginns:

11.15 Betrag monatlich vierteljährlich jährlich

11.16 Sonstige Einkünfte: Art:
Höhe ⁽⁴⁰⁾:

12. Kinder ⁽¹³⁾ ⁽¹⁷⁾

| 12.1 | Name ⁽⁴⁾ ⁽¹⁷⁾ : | Vornamen: | Ort und Datum der Geburt, der Eheschließung oder des Todes ⁽⁴¹⁾ : | 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 der Zeile Nr. aufgeführten Kinder bis einschließlich
Höhe der Familienbeihilfe und/oder des Waisengelds je Kind ⁽⁴²⁾:
.....
 gewährt keine Leistungen für die unter 12.1 in den Zeilen Nr. aufgeführten Kinder ⁽⁴³⁾:
 hat über den Leistungsanspruch noch nicht entschieden

12.4 Anschrift ⁽³⁾ ⁽⁴⁴⁾:

12.5 Bemerkungen ⁽⁴⁵⁾ ⁽⁴⁶⁾:

13.

Unterhaltsberechtigte Verwandte in aufsteigender Linie und sonstige Haushaltsangehörige ⁽⁴⁷⁾

| 13.1 | Name ⁽⁴⁾ : | Vornamen: | Geburtsdatum: | Verwandtschaftsverhältnis: |
|------|--|-----------|---------------|----------------------------|
| 1. | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 2. | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 3. | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 4. | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 13.2 | Anschrift ⁽³⁾ ⁽⁴⁴⁾ : | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 13.3 | Bemerkungen: | | | |
| | | | | |
| | | | | |

C. Sonstige Angaben

14. Tag der Einreichung des jetzigen Antrags:

Tag des Rentenbeginns im Lande des bearbeitenden Trägers:

.....

14.1 Der Antragsteller hat Zahlung beantragt ⁽⁴⁸⁾:

unmittelbar im Wohnstaat

bei einer Vertretung im Herkunftsstaat

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.

HINWEISE

**Der Vordruck ist in Druck- oder Maschinenschrift auszufüllen.
Er umfasst elf Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.**

ANMERKUNGEN

- (¹) 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.
- (²) 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 Personennummer (personnummer); für isländische Träger die persönliche Identifizierungsnummer (kennitala); für liechtensteinische Träger die AHV-Versicherungsnummer; für litauische Träger die persönliche Identifizierungsnummer; 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 Rentensystem 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 17 genannte Nummer weggelassen; für schweizerische Träger die AVS/AI(AHV/IV)-Versicherungsnummer; für ungarische Träger die TAJ-Nummer oder die persönliche Identifizierungsnummer.
- (³) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land, Telefonnummer.
- (^{3a}) Für Deutschland und Österreich: Der Begriff „Versicherte“ umfasst sowohl Versicherte des allgemeinen Systems als auch Beamte und ihnen gleichgestellte Personen in einem Sondersystem. Dem Begriff „Rente“ sind Beamtenversorgungsbezüge gleichgestellt. Für Polen: Der Begriff „Versicherter“ bezieht sich auch auf Personen, die Sondersystemen angeschlossen sind.
- (⁴) — 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 Mädchennamen anzugeben.
— Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Geburtsnamen anzugeben.
— Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchennamen) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder Reisepass ersichtlich sind.
- (⁵) Alle Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (⁶) 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.
- (⁷) M = männlich; F = weiblich.
- (⁸) Diese Angabe wird benötigt, wenn der Betreffende spanischer Staatsangehöriger ist oder der Vordruck — ungeachtet der Staatsangehörigkeit des Betreffenden — für einen französischen, griechischen, ungarischen oder polnischen Träger bestimmt ist.
- (⁹) Nach Möglichkeit für die deutschen, belgischen, französischen, italienischen, luxemburgischen, niederländischen, österreichischen, portugiesischen, schwedischen, finnischen, liechtensteinischen und norwegischen Träger auszufüllen.
- (¹⁰) Für belgische, niederländische, polnische, schwedische Träger, für Träger des Vereinigten Königreichs sowie für finnische und liechtensteinische Träger ist auch das Datum neben dem entsprechenden Kästchen anzugeben.
- (¹¹) Für belgische, niederländische, finnische, isländische und norwegische Träger.
- (¹²) 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, soweit sie nicht Blutsverwandte ersten oder zweiten Grades sind. 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.
- (¹³) Für norwegische Träger ist auch Vordruck E 204 Einlegeblatt 4 auszufüllen. Für schweizerische Träger ist auch Vordruck E 204 Einlegeblatt 5 auszufüllen. Ist der Vordruck für einen litauischen Träger bestimmt, so ist nicht Teil B des Vordrucks, sondern Einlegeblatt 6 auszufüllen.
- (¹⁴) Nur auszufüllen, wenn der Vordruck für portugiesische oder slowenische Träger bestimmt ist.
- (¹⁵) Für niederländische Träger ist die SOFI-Nummer einzusetzen, falls bekannt. Für belgische Träger ist die nationale Sozialversicherungsnummer (NISS) anzugeben.
- (¹⁶) Gegebenenfalls Datum der Einbürgerung angeben.

- (17) 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. Bei slowenischen Staatsangehörigen ist die persönliche Identifizierungsnummer — EMŠO — anzugeben. Bei maltesischen Staatsangehörigen ist die Nummer des Personalausweises und bei nicht maltesischen Staatsangehörigen die maltesische Sozialversicherungsnummer anzugeben.
- (18) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben (Beispiel: 1. August 1921 = 01.08.1921).
- (19) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissements) ist die Nummer des Bezirks anzugeben (Beispiel: PARIS 14). Bei portugiesischen Orten sind auch Gemeinde (freguesia) und Kreis (conselho) anzugeben.
- (20) 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. Bei niederländischen Orten ist auch die Gemeinde zu nennen.
- (21) Kennbuchstaben des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung des ISO-Ländercodes (ISO 3166-1).
- (22) Ist der Vordruck für einen deutschen, polnischen, österreichischen, lettischen, finnischen, liechtensteinischen oder schweizerischen Träger bestimmt, ist gegebenenfalls die Anschrift des gesetzlichen Vertreters (Rechtsberater, Vormund, Pfleger ...) im nachstehenden Feld anzugeben.
Anschrift ⁽³⁾:
- (23) Ist der Vordruck für einen dänischen, französischen, finnischen, lettischen, polnischen, isländischen oder norwegischen Träger bestimmt, so ist im nachstehenden Feld die letzte Anschrift des Antragstellers im betreffenden Land anzugeben.
Anschrift ⁽³⁾:
- (23a) Für Polen: Der Begriff „Beamter“ bezieht sich auf Personen, die Sondersystemen angeschlossen sind.
- (24) Für belgische, tschechische, dänische, deutsche, griechische, französische, italienische, luxemburgische, niederländische, polnische, österreichische, slowakische, schwedische Träger, Träger des Vereinigten Königreichs, isländische und norwegische Träger auszufüllen.
- (24a) Für die portugiesischen Behörden ist anzugeben, welche Art von Tätigkeit die betreffende Person in den letzten drei Jahren ihrer Berufstätigkeit ausgeübt hat.
- (25) Auszufüllen, wenn der Vordruck für belgische, tschechische, dänische, deutsche, griechische, spanische, französische, italienische, luxemburgische, niederländische, polnische, österreichische, portugiesische, isländische oder norwegische Träger bestimmt ist.
- (26) Für dänische, spanische, italienische, österreichische, portugiesische, isländische und norwegische Träger 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.
- (27) 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.
- (28) Für belgische, zyprische, deutsche, griechische, ungarische, spanische, französische, italienische, luxemburgische, österreichische, lettische, polnische, portugiesische, slowakische, finnische und norwegische Träger auszufüllen.
- (28a) Für polnische Träger bei Beantragung einer Invaliditätsrente nach einem Sondersystem. Diese Angabe wird benötigt, wenn der Vordruck für ungarische Träger bestimmt ist.
- (29) Nur auszufüllen, wenn der Vordruck für einen zyprischen, griechischen, ungarischen, slowakischen, spanischen oder luxemburgischen Träger
- (30) Für liechtensteinische Träger ist auch anzugeben, wenn die versicherte Person die Rente aus dem beruflichen Vorsorgesystem als Abfindung beantragt oder erhalten hat. Für slowakische Träger: Die Hinterbliebenenrenten schließen Hinterbliebenenrenten der Unfallversicherung ein. 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 9.16 zu machen. Für polnische Träger ist auch Vordruck E 204 Einlegeblatt 7 auszufüllen.
- (31) Für portugiesische Träger ist auch Vordruck E 204 Einlegeblatt 2 auszufüllen, wenn die versicherte Person die Hilfe einer anderen Person benötigt.
- (32) Für italienische Träger auszufüllen.
- (33) Für liechtensteinische Träger auszufüllen.
- (34) Angabe der Art des Einkommens, das vom bearbeitenden Träger bei Anwendung seiner Doppelleistungsbestimmungen angerechnet wird.
- (35) Für den liechtensteinischen Träger ist Feld 11 auf Seite 5 für jede geschiedene oder getrennt lebende Ehefrau auszufüllen.
- (36) Auszufüllen, wenn der Vordruck für irische oder österreichische Träger oder Träger des Vereinigten Königreichs bestimmt ist.
- (37) Auszufüllen, wenn der Vordruck für belgische Träger bestimmt ist.
- (38) Für dänische, französische, italienische, luxemburgische, niederländische, österreichische, isländische und norwegische Träger auszufüllen.
- (38a) Für Polen: Der Begriff „Rente im System für Beamte“ bezieht sich auf Leistungen aus Sondersystemen.

- (39) Für belgische, dänische, deutsche, französische, irische, italienische, niederländische, österreichische Träger, Träger des Vereinigten Königreichs, isländische und norwegische Träger auszufüllen.
- (40) Für dänische, italienische, spanische, niederländische, isländische und norwegische Träger (Jahresbetrag), für französische Träger (Vierteljahresbetrag) oder für belgische, deutsche, griechische und österreichische 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) Vordruck E 204 Einlegeblatt 1 ist für deutsche, italienische und norwegische Träger auszufüllen.
- (44) Angabe der gemeinsamen Anschrift. Wenn ein Kind oder ein Verwandter der aufsteigenden Linie unter einer anderen Anschrift wohnt, ist diese im folgenden Feld anzugeben:
Name und Vornamen:
Anschrift (3):
.....
- (45) Es ist anzugeben, ob das Kind verheiratet, invalide oder verstorben (Todesstag) ist, ob es sich in der Ausbildung oder im Studium befindet, ob es eine Leistung bezieht oder eigenes Einkommen hat. 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.
- (46) Für spanische und norwegische 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.
- (47) Für belgische Träger und Träger des Vereinigten Königreichs auszufüllen.
- (48) Für italienische und griechische Träger auszufüllen.
- (49) Für liechtensteinische und lettische Träger ist dem Vordruck E 204 jeweils Vordruck E 207 für die versicherte Person und gegebenenfalls für den (jetzigen und ehemaligen) Ehegatten der versicherten Person beizufügen.
- (50) Diese Angabe wird benötigt, wenn der Vordruck für ungarische Träger bestimmt ist.

**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 ⁽¹⁾ je Woche Monat Jahr

2. Das unter 12.1 Zeile genannte Kind

hat anderweitig Einkommen. hat anderweitig kein Einkommen.

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

Sonstiges Einkommen ⁽²⁾:
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.

⁽¹⁾ Anzugeben sind alle Einkünfte außer Entlassungsabfindungen, Familienleistungen, Entgeltnachzahlungen, Leibrenten wegen Arbeitsunfalls oder Berufskrankheit, Kriegsrenten, Renten wegen wehrdienstbedingter Beschädigung, Pflegegeld, Fahrtkostenzuschuss.

⁽²⁾ 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 9 (9.10)
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 |
| 1.1 | Name: Vornamen: |
| 1.2 | 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? |
| | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

| | |
|-----|---|
| 4. | Erhält die betreffende Person Pflegegeld oder eine ähnliche Leistung? |
| | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 4.1 | Bezeichnung und Anschrift des zahlenden Trägers: |
| 4.2 | Monatliche Höhe: |

ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR FINNISCHE TRÄGER

1. Der Antragsteller wünscht den Bescheid
 auf Finnisch auf Schwedisch

ZU FELD 9 „Versicherter“

2. Bezieht oder beantragt der Antragsteller eine in Feld 9 des Vordrucks E 204 nicht aufgeführte regelmäßige rentenähnliche Leistung (z. B. eine aus der Kfz-Haftpflichtversicherung zu zahlende Leistung (Verkehrsunfallentschädigung))?

- Ja Nein

Wenn ja, bitte angeben:

- 2.1 Art der Leistung:
- 2.2 Bruttomonatsbetrag der Leistung:
- 2.3 Zahlender Träger:

ZU FELD 2 „Versicherter“

3. Schulische und berufliche Ausbildung des Antragstellers

3.1. Grundschulausbildung:

3.2 Fort- und Weiterbildung (Diplome, berufliche Ausbildungsgänge, Kurse; bitte Daten angeben):
.....
.....

4. Erwerbstätigkeit — letzter Arbeitsvertrag

4.1 Anfangsbeschäftigung des Antragstellers:

4.2 Dauer des Arbeitsverhältnisses in Anfangsstellung:

- 4.3 Welche der nachstehenden Umschreibungen charakterisiert die Tätigkeit des Antragstellers am besten?

- | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> leichte Arbeit | <input type="checkbox"/> Teilzeit; Anzahl der täglichen Arbeitsstunden: | | |
| <input type="checkbox"/> mittelschwere Arbeit | <input type="checkbox"/> Vollzeit | <input type="checkbox"/> Arbeit im Sitzen | <input type="checkbox"/> Tagesarbeit |
| <input type="checkbox"/> schwere Arbeit | <input type="checkbox"/> Zeitlohn | <input type="checkbox"/> Arbeit im Stehen | <input type="checkbox"/> Nachtarbeit |
| <input type="checkbox"/> Arbeit in geschlossenen Räumen | <input type="checkbox"/> Stücklohn | <input type="checkbox"/> Schichtarbeit | |
| <input type="checkbox"/> Arbeit im Freien | | | |

4.4 Beschreibung der Tätigkeit (Aufgaben, Arbeitshaltungen, Arbeitstempo):
.....
.....

4.5 Beschreibung der Arbeitsumgebung und -verhältnisse (Lärm, Staub, Zugluft, Hitze, Kälte, potenzielle gesundheitsgefährdende Stoffe, Unfallgefährdung usw.):
.....
.....

- 4.6 Hat sich der Aufgabenbereich des Antragstellers geändert?

- Nein Ja; bitte angeben wann und in welcher Weise:

4.7 Hat der Antragsteller eine Kürzung seiner Arbeitszeit freiwillig hingenommen?

- Nein
 Ja

Angabe, wie und wann die Tätigkeit des Antragstellers eingeschränkt wurde, in welchem Umfang der Antragsteller weiterhin beschäftigt bleibt und welche Tätigkeit er verrichtet (Anzahl der wöchentlichen/monatlichen Arbeitsstunden, Höhe des Entgelts und der Lohnnebenleistungen):
.....
.....

4.8 Name und Anschrift des letzten Arbeitgebers des Antragstellers:

4.9 Aufgabenbereich beim letzten Arbeitgeber:

4.10 Beginn des letzten Arbeitsverhältnisses:

4.11 Bei Fortbestehen des Arbeitsvertrags, Angabe des Ablaufzeitpunkts (falls bekannt):

5. Tätigkeit als Selbständiger

5.1 Ist der Antragsteller selbständig tätig gewesen?

- Nein → Bitte gehen Sie weiter zu Nummer 6 Ja

5.2 Wenn ja, seit wann?

5.3 Ist der Antragsteller derzeit selbständig tätig?

- Nein Ja

5.4 Eigentumsangaben

- Betrieb ist noch Eigentum des Antragstellers oder seines Ehegatten
 Betrieb ist verkauft
 Betrieb ist verpachtet

6. Arbeitslosigkeit

6.1 Ist der Antragsteller in den letzten drei Jahren arbeitslos gewesen?

- Nein Ja

6.2 Wenn ja, hat der Antragsteller in den letzten drei Jahren Leistungen bei Arbeitslosigkeit bezogen oder beantragt?

- Nein
 Der Antragsteller bezieht derzeit (hat) Leistungen bei Arbeitslosigkeit (bezogen)
 Der Antragsteller beantragt derzeit Leistungen bei Arbeitslosigkeit; Angabe der Leistung und des Trägers:
.....

7. Rentnerpflegegeld nach dem finnischen Rentengesetz

Rentnerpflegegeld kann Personen gewährt werden, die infolge einer Krankheit oder Verletzung eine Funktionseinschränkung erleiden, die es ihnen nicht gestattet, die gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens ohne Hilfe zu erledigen, und die ihnen langfristig Mehraufwendungen verursacht.

7.1 Beantragt der Antragsteller ein Rentnerpflegegeld?

- Nein Ja

ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR NORWEGISCHE TRÄGER

| | | | |
|-----------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Der Antragsteller | | |
| 1.1 | war Arbeitnehmer/Selbständiger. Einkommen unmittelbar vor Eintritt der derzeitigen Invalidität: jährlich Wöchentliche Arbeitszeit vor Beginn der Invalidität: Stunden | | |
| 1.2 | Hat unmittelbar vor der derzeitigen Invalidität eine Tätigkeit zum Teil als Heimarbeiter und zum Teil als Arbeitnehmer/Selbständiger ausgeübt? | | |
| 1.3 | Der Antragsteller | hat beantragt | erhält |
| 1.3.1 | Grundbeihilfe zur Deckung von Mehraufwendungen wegen Langzeiterkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3.2 | Betreuungsbeihilfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|---------------------|--|--|
| 2. | Der Ehegatte | | |
| <input type="checkbox"/> hat als nicht erwerbstätige Person Rente beantragt | | | |
| <input type="checkbox"/> bezieht Rente als nicht erwerbstätige Person | | | |
| <input type="checkbox"/> bezieht als nicht erwerbstätige Person keine Rente | | | |

| | | | |
|---|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 3. | Kinder | | |
| 3.1 | Erhalten alle Kinder Unterhalt vom Antragsteller? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls nein, sind Namen und Jahreseinkommen des Kindes (der Kinder) anzugeben: | | | |
| | | | |
| 3.2 | Falls die Eltern verheiratet sind: | | |
| | Wohnen alle Kinder bei beiden Eltern? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls nein, bitte angeben, welches Kind/welche Kinder nicht: | | | |
| | | | |
| | | | |
| 3.3 | 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), falls nicht alle Kinder betroffen sind: | | | |
| | | | |

| | | | |
|-----------|---|-------------------------------|--|
| 4. | Lebensgefährte | | |
| 4.1 | Ist die den Antrag stellende Person früher mit dem Lebensgefährten verheiratet gewesen? | | |
| | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| 4.2 | Hat oder hatte die den 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.

E 204 Einlegeblatt 5 CH (Fortsetzung)

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 |

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 POLNISCHE TRÄGER

Vom Antragsteller auszufüllen und dem Vordruck E 204 beizufügen.

1. Angaben zur Person des Antragstellers

1.1 Name:

1.2 Geburtsname:

1.3 Vorname(n):

1.4 Geburtsdatum:

1.5 NIP-Nummer:

2. Zur Feststellung der Höhe der Invaliditätsrente aus dem allgemeinen Sozialversicherungssystem beantrage ich, dass Folgendes als Feststellungsgrundlage für den Leistungsbetrag genehmigt wird:

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 (*).

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 (*).

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.

Bemessungsgrundlage der Beiträge nach den polnischen Vorschriften ab dem Zeitpunkt, ab dem der/die Betroffene tatsächlich versicherungspflichtig war (*).

3. Für die Bearbeitung eines Antrags auf Polizisteninvaliditätsrente muss der Antragsteller die Bezeichnung der Einheit, in der er vor der Freistellung Dienst getan hat, die Art des Dienstes und das Datum der Freistellung angeben:

.....

4. 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.

E 204 Einlegeblatt 7 PL (Fortsetzung)

5. Für die Bearbeitung eines Antrags auf Soldateninvaliditätsrente muss der Antragsteller die Bezeichnung der Einheit, bei der der frühere Berufssoldat bis zum Tage der Freistellung vom Berufswehrdienst stationiert war, und das Datum der Freistellung angeben:

.....

6. Bezog der Antragsteller Krankengeld oder Rehabilitationsleistungen oder Zahlungen für den Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit aus der Sozialversicherung, als der Antrag gestellt wurde?

Ja Nein

Falls „JA“, geben Sie bitte an, wann die Leistungen ausgelaufen sind (Datum):

7. Zur Feststellung der Höhe der Invaliditätsrente 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:

.....
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) vorzulegen.

ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR UNGARISCHE TRÄGER

Vom Antragsteller auszufüllen und dem Vordruck E 204 beizugeben.

- 1.1 Name ⁽⁴⁾:
- 1.2 Geburtsname ⁽⁴⁾:
- 1.3 Vornamen ⁽⁵⁾:
- 1.4 Frühere Namen ⁽⁶⁾:
- 1.5 Geburtsname und Vornamen der Mutter ⁽⁸⁾:
- 2. Höhe des Arbeitsentgelts vor der Invalidität:
- 3. Gemeldete Anzahl Arbeitsstunden in der letzten Erwerbstätigkeit vor Beginn der Invalidität:

ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR LETTISCHE TRÄGER

1. Der Versicherte gehört zu einer der folgenden Personengruppen:
- 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 Wehrdienst 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.