



### 3 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen.**

Name, Vorname / Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)

in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter     Vormund     Betreuer     Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer

Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Postleitzahl

Wohnort / Staat

Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

### 4 Verfolgteigenschaft der Versicherten / des Versicherten

**Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!**

4.1 War die / der Versicherte Angehörige(r) des Judentums?

nein     ja

4.2 War die / der Versicherte als Verfolgte(r) im Sinne des § 1 Bundesentschädigungsgesetzes (BEG) anerkannt?

nein     ja, durch (z. B. Entschädigungsbehörde, Jewish Claims Conference, Bundesministerium für Finanzen)  
Entschädigungsbehörde, Aktenzeichen

### 5 Angaben zur Ghetto-Arbeit der Versicherten / des Versicherten

**Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!**

5.1 In welchen Ghettos hielt sich die / der Versicherte zwangsweise auf?

Ort, Bezirk, Gebiet/Land:

Zeitraum (Tag, Monat, Jahr):

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

5.2 Hat die / der Versicherte in einem der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos gearbeitet?

nein

(Tag, Monat, Jahr)

Arbeitsstelle / Arbeitgeber:

Art der Arbeit:

ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

5.3 Hat die / der Versicherte auch **außerhalb** der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos gearbeitet?

nein

(Tag, Monat, Jahr)

Arbeitsstelle / Arbeitgeber:

Ist er täglich in das Ghetto zurückgekehrt?

ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

nein     ja

ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

nein     ja

ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

nein     ja

5.4 Hat die / der Versicherte sich um die Arbeit innerhalb (Ziffer 5.2) oder außerhalb des Ghettos (Ziffer 5.3) selbst bemüht bzw. wurde sie z. B. vom Judenrat vermittelt?

ja, im Ghetto

ja, im Ghetto

ja, im Ghetto

nein, die / der Versicherte wurde zu allen angegebenen Arbeiten gegen ihren/seinen Willen gezwungen und hätte sie nicht ohne Gefahr für Leib, Leben oder meine Restfreiheit ablehnen können.

**6 Verfolgungsbedingte Ersatzzeiten****Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!**

Hat die / der Versicherte weitere nationalsozialistische Gewaltmaßnahmen erlitten? (z. B. Tragen des Judensterns, Leben in der Illegalität oder unter falschem Namen, Zwangsarbeitslager, Konzentrationslager)

<input type="checkbox"/> nein	(Tag, Monat, Jahr)	Art der Verfolgung:
	<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____	
	<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____	
<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____		

**7 Zeiten in Deutschland****Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!**

7.1 Hat sich die / der Versicherte nach der Verfolgung in Deutschland (z.B. in einem DP-Lager) aufgehalten?

<input type="checkbox"/> nein	(Tag, Monat, Jahr)	in _____
	<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____	
<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____		in _____

7.2 Hat die / der Versicherte in Deutschland gearbeitet?

<input type="checkbox"/> nein	(Tag, Monat, Jahr)	bei _____
	<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____	
<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____		bei _____

**8 Zeiten im Ausland****Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!**Hat die / der Versicherte **im Ausland** Beiträge zu einem Versicherungsträger gezahlt?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	vom _____ bis _____	Versicherungsträger	
	Staat _____	ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen _____	Staatsangehörigkeit _____

Hat die / der Versicherte sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres **gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten**: Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

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

**9 Zeiten des Schul- / Fachschul- oder Hochschulbesuchs (auch im Ausland)**

Hat die / der Versicherte nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schule, Fachschule oder Hochschule besucht? Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei, z. B. Schulzeugnis, Unterlagen zum Besuch einer Hochschule

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

**10 Angaben zu Kindern**

Hat die / der Versicherte Kinder erzogen, die vor dem 01.01.1950 geboren sind?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, geboren am _____ in _____
<input type="checkbox"/> ja, geboren am _____ in _____

**11 Sonstige Angaben**

11.1 Wurde eine Ehe der / des Versicherten nach dem 30.06.1977 durch Ehescheidung aufgelöst/aufgehoben?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Falls ja: Lebt der frühere Ehegatte noch?	Falls nein: Sterbedatum	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

11.2 **Bitte ausfüllen, wenn Witwerrente beantragt wird und die Versicherte vor dem 01.01.1986 verstorben ist**Hat die Versicherte den Unterhalt ihrer Familie **überwiegend** bestritten?

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

**12 Angaben zur Einkommensanrechnung bei Witwenrenten/Witwerrenten****Bitte Nachweise beifügen!**

-Nicht erforderlich, wenn die / der Versicherte vor dem 01.01.1986 gestorben ist-

**12.1 Arbeitsentgelt**Beziehen oder bezogen Sie **ab Beginn der Rente wegen Todes** Arbeitsentgelt ggf. auch im Ausland?

vom - bis

Name und Anschrift des Arbeitgebers

 nein  ja \_\_\_\_\_**12.2 Arbeitseinkommen**Haben oder hatten Sie **ab Beginn der Rente wegen Todes** steuerrechtliche Gewinne (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit) ggf. auch im Ausland erzielt?

Zu den steuerrechtlichen Gewinnen zählen auch Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, wenn diese steuerrechtlich als Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit gewertet werden.

vom - bis

Art der Selbständigkeit

 nein  ja \_\_\_\_\_**13 Andere Leistungen**

Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?

Art der Leistung		
Rente aus eigener Versicherung aus der deutschen oder einer ausländischen <b>Rentenversicherung</b> oder vergleichbare Leistung für ehemalige Beschäftigte im öffentlichen Dienst	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bezugszeitraum vom – bis / beantragt am, zahlende Stelle, Aktenzeichen
Leistungen aus der deutschen oder einer ausländischen <b>Unfallversicherung</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Unfalltag, Art der Leistung
		Aktenzeichen
		Behörde
Leistung nach der Anerkennungsrichtlinie für Ghetto-Arbeit vom Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Aktenzeichen

**14 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers**Ich versichere, **dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe.****Ich verpflichte mich**, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenanspruchs bis zum Rentenbeginn sich meine Anschrift ändert.**Ich bin damit einverstanden**, dass der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in allen Gerichts- und Behördenakten, die im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Anspruch stehen, insbesondere Entschädigungsakten, Einsicht nehmen kann.**15 Wahrheitsgemäße Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers**

Ich erkläre hiermit nach bestem Wissen und Gewissen, dass die bevorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und nichts verschwiegen wurde, was der Sachaufklärung dienen könnte. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers**Als Anlagen sind beigefügt:**