

4.	Verfolgteneigenschaft der / des Versicherten	Recognition of the insured person's persecution periods			
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Please enclose all available documents!			
4.1	War die / der Versicherte Angehörige(r) des Judentums?	ja <input type="checkbox"/> yes	nein <input type="checkbox"/> no	Was the insured person Jewish?	
4.2	War die / der Versicherte als Verfolgte(r) im Sinne des § 1 Bundesentschädigungsgesetzes (BEG) anerkannt durch (z. B. Entschädigungsbehörde, Jewish Claims Conference, Bundesministerium für Finanzen)?	↓	ja <input type="checkbox"/> yes	↓	Was the insured person recognized as a persecuted person within the meaning of § 1 Federal Indemnification Law (BEG) by (e.g. restitution authority, Jewish Claims Conference, Bundesministerium für Finanzen)?
	Entschädigungsbehörde /	_____		Restitution authority /	
	Aktenzeichen	_____		File number	
		nein <input type="checkbox"/> no			
5.	Angaben zur Ghetto-Arbeit	Details of work in ghettos			
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Please enclose all available documents!			
5.1	In welchen Ghettos hielt sich die / der Versicherte zwangsweise auf?	↓	↓	In which ghettos was the insured person forced to live?	
a)	Ort, Bezirk, Gebiet,	_____		Place, district, area	
	Land	_____		Country	
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	____ / ____ - ____ / ____		Period from – to Month / year – month / year	
b)	Ort, Bezirk, Gebiet,	_____		Place, district, area	
	Land	_____		Country	
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	____ / ____ - ____ / ____		Period from – to Month / year – month / year	
c)	Ort, Bezirk, Gebiet,	_____		Place, district, area	
	Land	_____		Country	
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	____ / ____ - ____ / ____		Period from – to Month / year – month / year	
5.2	Hat die / der Versicherte in einem der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos gearbeitet?	↓	ja <input type="checkbox"/> yes	↓	Did the insured person work in one of the ghettos listed at No. 5.1?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	____ / ____ - ____ / ____		Period from – to Month / year – month / year	
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber	_____		Place of work / employer	
	Art der Arbeit	_____		Type of work performed	
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	____ / ____ - ____ / ____		Period from – to Month / year – month / year	
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber	_____		Place of work / employer	
	Art der Arbeit	_____		Type of work performed	
c)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	____ / ____ - ____ / ____		Period from – to Month / year – month / year	
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber	_____		Place of work / employer	
	Art der Arbeit	_____		Type of work performed	
		nein <input type="checkbox"/> no			

5.3	Hat die / der Versicherte auch außerhalb der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos gearbeitet?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Did the insured person also work outside the ghettos listed at No. 5.1?
	a) Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Ist sie / er täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	____ / ____ – ____ / ____ _____ ja <input type="checkbox"/> yes nein <input type="checkbox"/> no	Period from – to Month / year – month / year Place of work / employer Did the insured person return to the ghetto daily?
	b) Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Ist sie / er täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	____ / ____ – ____ / ____ _____ ja <input type="checkbox"/> yes nein <input type="checkbox"/> no	Period from – to Month / year – month / year Place of work / employer Did the insured person return to the ghetto daily?
	c) Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Ist sie / er täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	____ / ____ – ____ / ____ _____ ja <input type="checkbox"/> yes nein <input type="checkbox"/> no	Period from – to Month / year – month / year Place of work / employer Did the insured person return to the ghetto daily?
	nein <input type="checkbox"/> no		
5.4	Haben Sie sich um die Arbeit innerhalb (Ziffer 4.2) oder außerhalb des Ghettos (Ziffer 4.3) selbst bemüht bzw. wurde sie Ihnen z. B. vom Judenrat vermittelt? Did you search for work within (Nr. 4.2) or outside the ghettos (No. 4.3) or were you placed in the job e.g. by the Jewish Council?		
	<input type="checkbox"/> ja/yes, im Ghetto/name of ghetto	<input type="checkbox"/> nein, ich wurde zu allen angegebenen Arbeiten gegen meinen Willen gezwungen und hätte sie nicht ohne Gefahr für Leib, Leben oder meine Restfreiheit ablehnen können. <input type="checkbox"/> no, I was forced to do the above work against my will and could not have refused to do this work without putting at risk my life or physical condition or my remaining freedom.	
	<input type="checkbox"/> ja/yes, im Ghetto/name of ghetto		
	<input type="checkbox"/> ja/yes, im Ghetto/ name of ghetto		
6.	Verfolungsbedingte Ersatzzeiten	Substitute periods due to persecution	
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Please enclose all available documents!	
	Hat die / der Versicherte weitere nationalsozialistische Gewaltmaßnahmen erlitten? (z. B. Tragen des Judensterns, Leben in der Illegalität oder unter falschem Namen, Zwangsarbeitslager, Konzentrationslager)	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Did the insured person suffer from further National Socialist violent measures ? (e.g. wearing Yellow Star, life in illegality or under a false name, forced labour comps, concentration camps)
	a) Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Art der Verfolgung	____ / ____ – ____ / ____ _____	Period from – to Month / year – month / year Type of persecution
	b) Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Art der Verfolgung	____ / ____ – ____ / ____ _____	Period from – to Month / year – month / year Type of persecution
	c) Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Art der Verfolgung	____ / ____ – ____ / ____ _____	Period from – to Month / year – month / year Type of persecution
	nein <input type="checkbox"/> no		

7.	Zeiten in Deutschland	Periods of residence in Germany	
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Please enclose all available documents!	
7.1	Hat sich die / der Versicherte nach der Verfolgung in Deutschland (z. B. in einem DP-Lager) aufgehalten?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Did the insured person reside in Germany after his / her persecution period (e.g. in displaced persons camps)?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Aufenthaltsort	____ / ____ – ____ / ____ _____	Period from – to Month / year – month / year Place of residence
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Aufenthaltsort	____ / ____ – ____ / ____ _____	Period from – to Month / year – month / year Place of residence
		nein <input type="checkbox"/> no	
7.2	Hat die / der Versicherte in Deutschland gearbeitet?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Did the insured person work in Germany?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	____ / ____ – ____ / ____ _____ _____	Period from – to Month / year – month / year Place of work / employer Type of work performed
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	____ / ____ – ____ / ____ _____ _____	Period from – to Month / year – month / year Place of work / employer Type of work performed
		nein <input type="checkbox"/> no	
8.	Zeiten im Ausland	Insurance periods outside Germany	
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!	Please enclose all available documents!	
8.1	Hat die / der Versicherte im Ausland Beiträge zu einem Versicherungsträger gezahlt?	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Has the insured person paid any social security contributions to a pension agency outside Germany ?
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Versicherungsträger	____ / ____ – ____ / ____ _____	Period from – to Month / year – month / year Pension agency
	Staat		State
	Ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen		Insurance number / file number abroad
		nein <input type="checkbox"/> no	
8.2	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?	Ja <input type="checkbox"/> yes	Has the insured person, after completion of age 15, habitually resided in the Netherlands or, after completion of age 16, habitually resided in one of the following countries : Australia, Canada / Quebec, Denmark, Finland, Iceland, Israel, Liechtenstein, Norway, Sweden, Switzerland?
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Staat	____ / ____ – ____ / ____ _____	Period from – to Month / year – month / year State
		nein <input type="checkbox"/> no	

12.1	Arbeitsentgelt	Income from employment							
	Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes Arbeitsentgelt ggf. auch im Ausland?	ja <input type="checkbox"/> yes nein <input type="checkbox"/> no							
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____							
	Name und Anschrift des Arbeitgebers	Employer's name and address							
12.2	Arbeitseinkommen	Income from self-employment							
	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.	ja <input type="checkbox"/> yes nein <input type="checkbox"/> no							
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____							
	Art der Selbständigkeit	Type of self-occupied work							
13.	Andere Leistungen	Other benefits							
	Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?	Are you in receipt or have you received any of the benefits below or did you claim such a benefit?							
	Art der Leistung	Type of benefit							
13.1	Rente aus eigener Versicherung aus der deutschen oder einer ausländischen Rentenversicherung oder vergleichbare Leistung für ehemalige Beschäftigte im öffentlichen Dienst	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓							
	Bezugszeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____							
	beantragt am (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
	zahlende Stelle	Paying office							
	Aktenzeichen	File number							
		nein <input type="checkbox"/> no							

13.2	Leistungen aus der deutschen oder einer ausländischen Unfallversicherung	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Benefit under an accident insurance scheme in Germany or abroad								
	Unfalltag (Tag / Monat / Jahr)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									Date of accident (Day, month, year)
	Art der Leistung		Type of benefit								
	Aktenzeichen		File number								
	Behörde		Authority								
	nein <input type="checkbox"/> no										
13.3	Leistung nach der Anerkennungsrichtlinie für Ghetto-Arbeit vom Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen	↓ ja <input type="checkbox"/> yes ↓	Benefit from Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen under the Directive concerning the recognition of ghetto work								
	Aktenzeichen		File number								
		nein <input type="checkbox"/> no									
14.	Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	Declaration of claimant									
	<p>Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe.</p> <p>Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenanspruchs bis zum Rentenbeginn sich meine Anschrift ändert.</p> <p>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.</p>	<p>I declare that all the information provided on this form and the enclosures is true and correct to the best of my knowledge.</p> <p>I undertake to immediately inform the German pension office of any changes of my address in the period between filing this claim and the commencement of pension payments.</p> <p>I agree that the responsible German state pension office may inspect any files or records from courts and authorities, in particular restitution files, relating to the above claim.</p>									
15.	Wahrheitsgemäße Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	True declaration of claimant									
	<p>Ich erkläre hiermit nach bestem Wissen und Gewissen, dass die vorstehenden 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.</p>	<p>I hereby declare that to the best of my knowledge the above information is true and that I did not suppress or conceal any information required above. I understand that if any statement is found to be wilfully incorrect legal action may be taken against me.</p>									
Ort, Datum		_____	Place, date								
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers		_____	Signature of claimant								
Als Anlagen sind beigefügt:		Enclosed documents:									
_____		_____									
_____		_____									
_____		_____									