

Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

nur bei Ableistung eines Freiwilligendienstes:

6.2.1 Besteht für Sie ein Kindergeldanspruch oder wurde Kindergeld beantragt?

nein, **bitte Vordruck R0616 ausfüllen und beifügen**, weiter bei Ziffer 6.3

Vordruck R0616 ist beigefügt wird nachgereicht

ja, **bitte Kindergeldbescheid beifügen**

Kindergeldbescheid ist beigefügt wird nachgereicht ist nicht beigefügt, weil _____

6.2.2 Geht aus dem Kindergeldbescheid hervor, dass der Kindergeldanspruch auf einem Freiwilligendienst beruht?

nein, **bitte die Vereinbarung mit dem Träger des Freiwilligendienstes beifügen**

Vereinbarung ist beigefügt wird nachgereicht

ja

nur bei Ausbildung, Ableistung eines Freiwilligendienstes:

6.3 Haben Sie in den letzten 6 Monaten davor bereits eine Ausbildung oder einen Freiwilligendienst zurückgelegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 6.5

ja, Ausbildung bis _____ **bitte Nachweise beifügen**, weiter bei Ziffer 6.5

Freiwilligendienst bis _____ **bitte Nachweise** über Art, Beginn und Ende des **Freiwilligendienstes** und - sofern in dieser Zeit ein Kindergeldanspruch bestanden hat - den entsprechenden **Kindergeldbescheid beifügen**, weiter bei Ziffer 6.5

nur bei Behinderung:

6.4 Liegt ein Grad der Behinderung von über 80 mit Merkzeichen H vor, wurde ein Pflegegrad 4 oder 5 festgestellt oder sind Sie wegen Ihrer Behinderung in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig?

nein, **bitte ärztliche Bescheinigung** über die körperliche, geistige oder seelische Behinderung **beifügen**

ja, **bitte Nachweise beifügen**

6.4.1 Erzielen Sie Arbeitsentgelt oder sonstiges Einkommen (zum Beispiel Krankengeld, Einkünfte aus Vermögen)?

nein ja, **bitte Nachweise beifügen**

6.5 Haben Sie Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst geleistet?

vom - bis

nein ja _____

bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

7 Angaben zur Person aller weiteren leiblichen Elternteile, Stiefelternteile und Pflegeelternteile der unter Ziffer 2 und 3 aufgeführten Waisen

Vorname der Waise
Name, Vorname, Geburtsname der weiteren Elternteile
Geburtsdatum / Versicherungsnummer der weiteren Elternteile Tag Monat Jahr
Anschrift (oder Sterbedatum der weiteren Elternteile)
Kindschaftsverhältnis
Vorname der Waise
Name, Vorname, Geburtsname der weiteren Elternteile
Geburtsdatum / Versicherungsnummer der weiteren Elternteile Tag Monat Jahr
Anschrift (oder Sterbedatum der weiteren Elternteile)
Kindschaftsverhältnis

8 Bitte ausfüllen, wenn Waisenrente für Stiefkinder und Pflegekinder oder als Enkel, Bruder oder Schwester beantragt wird

8.1 Befand sich die Waise bis zum Tod des Versicherten in dessen Haushalt? <input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 8.2 Vorname der Waise seit <input type="checkbox"/> ja
bitte Bescheinigung der Meldebehörde beifügen
8.1.1 War von vornherein eine zeitlich begrenzte Aufnahme in den Haushalt vorgesehen? für (Vorname der Waise) bis wann <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8.2 Erhielt der Versicherte bis zu seinem Tod Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz (EStG) / Bundeskindergeldgesetz (BKGG) von der Familienkasse, einem öffentlichen Arbeitgeber, einer Versorgungsbehörde? für (Vorname der Waise) von welcher Stelle, Aktenzeichen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

bei einem Enkel, Bruder oder einer Schwester:

8.3 Hat der Versicherte bis zu seinem Tod den Unterhalt der Waise getragen?

für (Vorname der Waise)

in welcher Höhe monatlich

nein ja

8.3.1 Haben andere Personen oder Stellen (zum Beispiel Träger der Jugendhilfe) **Unterhaltsleistungen** für eine der Waisen erbracht?

für (Vorname der Waise)

in welcher Höhe monatlich

nein ja

Name, Vorname, Anschrift / zahlende Stelle

9 **Andere Leistungen**

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

9.1 Waisenrente aus der **gesetzlichen Rentenversicherung**

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Versicherungsnummer

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

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

Jahr der Abfindung

zahlende Stelle

Aktenzeichen

9.3 Waisengeld nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen, entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis, von einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung einer Berufsgruppe

Vorname der Waise

nein ja

Name des Elternteils

Versorgungsdienststelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

9.4 Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld von einem Jobcenter

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

9.5 Unterhaltsvorschuss vom Jugendamt oder Sozialamt

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

9.6 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

9.7 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

9.8 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

9.9 Jugendhilfe vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

9.10 Ausbildungsförderung nach dem Bundesgesetz über individuelle Förderung der Ausbildung
- Bundesausbildungsförderungsgesetz

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle (bei Hochschulbesuch: Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks)

Aktenzeichen

9.11 Sonstige Leistungen (zum Beispiel von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur
Rehabilitation Suchtkranker)

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

10 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

Bitte für jede Weise eine Meldung zur KVdR (Vordruck R0810) ausfüllen

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

Name der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

Die Meldung zur KVdR (**Vordruck R0810**)

ist beigefügt wird nachgereicht wurde weitergeleitet

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 11

ja

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

nein ja

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

Name und Anschrift der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes

nein ja

Grund der Versicherungspflicht (zum Beispiel Beschäftigungsverhältnis, Versicherungspflicht als Arbeitsloser, Einwohnerkrankenversicherung)

10.2.3 Sind Sie privat krankenversichert?

nein, bitte weiter bei Ziffer 11

ja, **bitte Vordruck R0821** vom privaten Krankenversicherungsunternehmen **ausfüllen lassen**

Vordruck R0821 ist beigefügt wird nachgereicht wurde weitergeleitet

10.2.4 Sollen Beitragsaufwendungen bei einer **privaten Krankenversicherung** für Familienangehörige berücksichtigt werden?

nein, bitte weiter bei Ziffer 11

ja, die Beitragsaufwendungen sind vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ebenfalls im **Vordruck R0821** einzutragen

Familienangehöriger (Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis)

Höhe des monatlichen Gesamteinkommens des / der Familienangehörigen

EUR



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

10.2.5 Ist der Familienangehörige Rentner?

seit

nein ja

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

11 Pflegeversicherung

Bitte beantworten, wenn Sie das 23. Lebensjahr bereits vollendet haben oder demnächst vollenden werden:

11.1 Haben oder hatten Sie ein Kind, Stiefkind oder Pflegekind? (Die Nennung eines Kindes ist ausreichend. Das heutige Alter dieses Kindes ist hier ohne Bedeutung.)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

nein ja

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / Adoptivkind Stiefkind Pflegekind

Nachweise zu dieser Frage benötigen wir **nicht, wenn** die **Angaben** unter Ziffer 16 **bestätigt** werden.

Hinweis: Der Anspruch auf Waisenrente schließt in der Regel einen möglichen Anspruch auf Kindergeld nach dem EStG beziehungsweise dem BKGG nicht aus. Lediglich in bestimmten Einzelfällen kann bei einem über 18 Jahre alten Kind die Waisenrente Auswirkungen auf den Auszahlungsanspruch des Kindergeldes haben. Näheres hierzu erfahren Sie bei der Familienkasse der örtlich zuständigen Agentur für Arbeit - oder falls Sie dem öffentlichen Dienst angehören oder Versorgungsempfänger sind - bei der Stelle, die auch die Bezüge beziehungsweise das Arbeitsentgelt zahlt. Dort können Sie auch den Antrag auf Kindergeld stellen.

12 Dokumentenzugang

12.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform. Meine De-Mail-Adresse lautet:

12.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

13 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazu gehörenden Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenanspruchs bis zum Erhalt des Rentenbescheides

- eine Leistung nach Ziffer 9 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- die Schulausbildung oder Berufsausbildung beendet oder unterbrochen wird oder
- sich meine Anschrift / der Aufenthaltsort der Waise ändert.

Wenn ein Antrag auf Zuschuss zur Krankenversicherung gestellt wird, **verpflichte ich mich** darüber hinaus, dem Rentenversicherungsträger die nachfolgenden Sachverhalte **unverzüglich anzuzeigen**:

- a) die Beendigung oder das Ruhen der Versicherung, zu der der Zuschuss gezahlt wird (zum Beispiel bei Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges - Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung - Bundesentschädigungsgesetz oder bei Auslandsaufenthalt),
- b) jede Veränderung der Beitragshöhe oder Prämienhöhe zur privaten Krankenversicherung,
- c) den Beginn einer Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel durch die Aufnahme einer Beschäftigung, durch den Antrag auf eine weitere Rente, durch den Bezug von Übergangsgeld wegen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II),
- d) den Beginn einer Versicherungspflicht in der ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel bei Wohnsitzverlegung ins Ausland),
- e) die "Einschreibung" als Leistungsberechtigter bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse aufgrund der Rente eines anderen Staates, in dem die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gelten (das sind die Mitgliedstaaten der Europäischen Union sowie Island, Lichtenstein, Norwegen, die Schweiz und das Vereinigte Königreich), und
- f) jede Änderung in den Verhältnissen des Familienangehörigen, dessen Beitragsaufwendungen bei der Zuschusszahlung berücksichtigt werden (eigene Rentenberechtigung, Eintritt von Versicherungspflicht in der deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung, Änderungen der Beitragsaufwendungen oder des Gesamteinkommens).

Das Merkblatt "Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung" (Vordruck R0815) habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers



