

Diese Hinweise sollen Ihnen doppelte Wege
Ersparen und eine schnellere Bearbeitung
ermöglichen

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

zur Antragsaufnahme werden folgende Unterlagen, bzw. Angaben benötigt:

- Personalausweis oder Reisepass
- Ihre Krankenversicherungskarte (bei Privatversicherung: die Versicherungs-Nr.)
- Die **letzte Rentenauskunft komplett mit Versicherungsverlauf**. Falls der Versicherungsverlauf unvollständig ist, machen Sie bitte Angaben zu allen ungeklärten Zeiten und legen Sie entsprechende Unterlagen vor (z.B. Entgeltbescheinigungen des Arbeitgebers, Bescheinigungen der Krankenkasse, des Arbeitsamtes/Jobcenter, Zeugnisse für Schul-/Studienzeiten nach dem 17. Lebensjahr usw.)
- Nachweise über eine Berufsausbildung (z.B. Lehrvertrag/Gesellenbrief). Diese Nachweise werden **immer** benötigt, auch wenn die Ausbildungszeiten schon im Versicherungsverlauf gespeichert sind.
- Datum der Eheschließung /Geburtsurkunden Ihrer Kinder (z.B. Familienbuch)
- Es ist nicht erforderlich, dass Sie sich ein ärztliches Attest ausstellen lassen. Wenn Sie aber ärztliche Unterlagen besitzen (Gutachten, Atteste, Krankenhaus- und Arztberichte) bringen Sie diese bitte mit.
- Falls eine Schwerbehinderung anerkannt ist: Anerkennungsbescheid bzw. Schwerbehindertenausweis
- Falls Sie den Antrag nicht selbst stellen: Schriftliche Vollmacht

In bestimmten Fällen können noch weitere Angaben bzw. Unterlagen erforderlich sein. Bitte haben Sie Verständnis, wenn die vorstehende Aufstellung nicht vollständig ist.

Bitte beantworten Sie unbedingt die nachfolgenden Fragen und bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zur Antragsaufnahme mit. Diese Angaben werden im Rentenantrag abgefragt und reduzieren die Aufnahmezeit.

- **Dieser Fragebogen ersetzt nicht die formelle Antragstellung** -

1.	Angaben zur Person Name, Vorname	Rentenversicherungsnummer
----	-------------------------------------	---------------------------

2.	Wie lautet Ihre persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke? Falls Sie die Nummer nicht parat haben, können Sie diese bei Ihrem Meldeamt erfragen.
----	--

3	Die Rente soll auf folgendes Konto überwiesen werden: Die IBAN bitte Ihrer Bankkarte (Rückseite) entnehmen. Die Angabe der BLZ und Kontonummer reicht nicht aus
	IBAN (International Bank Account Number) <u>DE</u>
	Geldinstitut:
	Kontoinhaber, sofern von berechtigter Person abweichend:

4.	Ist die zum Rentenanspruch führende Erwerbsminderung ganz oder teilweise Folge eines Unfalls oder durch andere Personen verursacht worden? <input type="radio"/> Nein ja, bitte Zusatzfragebogen R 0870 ausfüllen (bei Antragsaufnahme erhältlich)
----	--

5.	Beziehen Sie weitere Sozialleistungen oder haben Sie solche beantragt (z.B. Renten – auch Unfallrente, Sozialhilfe, Leistungen der Krankenkasse, der Agentur für Arbeit, des kommunalen Jobcenter, der Grundsicherung usw.?) <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, bitte angeben:									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 33%; height: 20px;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> </table>									

6.	Wurden Sie von einer Stelle schriftlich zur Rentenanspruchstellung aufgefordert (z.B. Rentenversicherungsträger, Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Kommunales Jobcenter, Sozialamt, Grundsicherung) ? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, von
----	--

7.	Wer ist / war Ihr letzter Arbeitgeber (Name, genaue Anschrift und Telefon-Nr.)
	<p>Wie viele Tage pro Woche haben Sie hier zuletzt gearbeitet? ----- Tage pro Woche</p> <p>Wie viele Stunden pro Tag haben Sie hier zuletzt gearbeitet? ----- Stunden pro Tag</p>

8.	Berufsausbildung Haben Sie einen Beruf erlernt (z.B. Lehre, Anlernverhältnis, Umschulung, Fachschule, Studium, Meisterprüfung, sonstige berufliche Qualifikationen) ? <input type="radio"/> Nein Ja, bitte angeben – bitte möglichst genaue Zeiten																																								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Datum von</th> <th style="width: 15%;">Datum bis</th> <th style="width: 40%;">Art der Ausbildung</th> <th colspan="2" style="width: 25%;">Erfolgreich beendet</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Nein</td> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Datum von	Datum bis	Art der Ausbildung	Erfolgreich beendet					Ja					Nein																										
Datum von	Datum bis	Art der Ausbildung	Erfolgreich beendet																																						
			Ja																																						
			Nein																																						

9. **Beschäftigungsübersicht (ein Verweis auf dem Versicherungsverlauf genügt nicht):
Welche Berufe/Tätigkeiten haben Sie seit Schulentlassung ausgeübt? Gilt für vor 1960 Geborene**

Möglichst genaue Zeitangabe vom bis genaue Tätigkeitsangaben aufgegeben wegen

Falls der Platz nicht ausreicht, bitte Anlage beifügen

10. Seit wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert?
(entfällt, wenn ein Attest beigefügt wird)
Seit:

Wegen:

Falls der Platz nicht ausreicht, bitte Anlage beifügen

11. Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten?

Art _____

Umfang – wie viele Stunden täglich _____

12. Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig erkrankt?

- Nein
- Ja, seit dem _____

13. **Ambulante Behandlung:** Bei welchen Ärzten sind oder waren Sie in letzter Zeit wegen der in Frage 10. Angegebenen Krankheiten in **ambulanter** Behandlung?

Name u. Anschrift des Arztes	Fachbereich	Vom – bis DATUM
		-
		-
		-
		-
		-
		-
		-
		-

Falls der Platz nicht ausreicht, bitte Anlage beifügen

14. **Stationäre Krankenhausbehandlung:** Waren Sie wegen der in Frage 10. Angegebenen Krankheiten in den letzten Jahren in **stationärer** Krankenhausbehandlung?

Nein
 Ja, bitte angeben

Name u. Anschrift des Krankenhauses	Station	Behandlung wegen	Vom - bis DATUM

Falls der Platz nicht ausreicht, bitte Anlage beifügen

15. Wurden in den letzten Jahren ärztliche Untersuchungen von anderen Stellen veranlasst /z.B. medizinischer Dienst der Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Gesundheitsamt, Versorgungsamt, Betriebsarzt oder Berufsgenossenschaft?

Nein
 Ja, bitte angeben

Untersuchende Stelle	Tag der Untersuchung	Aktenzeichen, falls bekannt

16. Rehabilitation: Haben Sie eine Leistung zur Rehabilitation (Kur / Umschulung) beantragt oder erhalten?

- Nein
- Ja
- Beantragt am
- Durchgeführt

Ort	Kostenträger (z.B. DRV Bund)	Vom - bis

17. Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen gehindert, zur ärztlichen Untersuchung zu kommen?

- Nein
- Ja, Grund:

18. Wie waren Sie bisher krankenversichert? (Angaben frühestens ab 01.01.1984 erforderlich)

Zeitangabe Vom - bis	Krankenkasse	Mitglied	Fam. Vers.	Privat	Keine	Falls Fam.vers. Name u. Geb.Datum des Stammversicherten

Falls privat versichert: Sollen Beitragsaufwendungen für Familienangehörige berücksichtigt werden?

- Nein
- Ja, bitte Angabe Familienangehörige/r (Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis)

Höhe des monatlichen Gesamteinkommens des / der Familienangehörigen

-----€

19. Erhalten oder erwarten Sie Versorgungsbezüge, z.B. Betriebs-, Zusatzrente, Pension?

- Nein
- Ja, bitte zahlende Stelle und Aktenzeichen

Einen Rentenantrag wegen Erwerbsminderung nehmen wir grundsätzlich nur nach erfolgter Terminvereinbarung auf.
Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Termin wurde vereinbart für

Datum	Uhrzeit	Zimmer

Stadt Rahden
Zimmer 0.23
Lange Straße 9
32369 Rahden

Telefon: 05771 73 – 23

Fax: 05771 73 – 60

eMail: m.kellen@rahden.de