

Amtsgericht
Familiengericht

Name und Vorname:

Geschäftszeichen des Familiengerichts:

Fragebogen zum Versorgungsausgleich

Angaben zur Person

Familienname		Vornamen	
Geburtsname		Früher geführte Name	
Geburtsdatum		Geschlecht	Staatsangehörigkeit
Geburtsort			

Anschrift (bitte Änderung der Anschrift mitteilen)

Straße/Hausnummer		Telefon (Vorwahl/Ruf-Nr.) tagsüber	
Postleitzahl	Wohnort		

A. Renten oder Rentenwarschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung

1. Versicherungsnummer

Wurde Ihnen bereits eine Versicherungsnummer vergeben?			Bearbeitungskennzeichen
nein	ja	Versicherungsnummer	

2. Bisheriges Versicherungsverhältnis/ Rentenbezug

a) Wurden Beitrags-, Ersatz- oder Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung zurückgelegt oder wurde bereits früher ein Versorgungsausgleich in der gesetzlichen Rentenversicherung durchgeführt?						
nein		ja				
b) Haben Sie einem Sonder- oder Zusatzversorgungssystem in der früheren DDR angehört?						
nein		ja, wenn ja: Bezeichnung des Versorgungssystems (vgl. im Näheren die Auflistung der in Frage kommenden Systeme im Erläuterungsbogen unter Abschnitt 2b):				
von – bis _____						

Bitte Nachweise über Zugehörigkeit beifügen						
c) Der letzte Beitrag wurde gezahlt für						
Mon	Jahr	Rentenversicherung der Angestellten	Rentenversicherung der Arbeiter	Bundesbahnversicherungsanstalt	knappschaftl Rentenversicherung	Seekasse
d) Welchen Beruf über Sie aus oder Haben Sie zuletzt ausgeübt (z.B. kaufmännischer Angestellter , Maurer, Landwirt usw.)						
e) Wird aus deutschen gesetzlichen Rentenversicherung eine Versichertenrente bezogen oder wurde eine solche beantragt?						
nein		ja		Versicherungsnummer/Rentenzeichen	von bzw. bei welchem Versicherungsträger	

B. Versorgung und Versorgungsanwartschaften aus öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen

1. Hatten Sie zum Ende der Ehezeit aus einem oder mehreren öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen oder privatrechtlichen Arbeitsverhältnissen eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen
 nein ja, bei: Name und vollständige Anschrift der Beschäftigungsbehörde/n

a) _____ Personal-Nr. _____
Besoldungsstelle: _____

b) _____ Personal-Nr. _____
Besoldungsstelle: _____

2. Wird Ihnen auf Grund der vorgenannten Dienst- oder Arbeitsverhältnis bereits eine Versorgung gewährt?
 nein ja von a) _____ Versorgungs-Nr _____
 b) _____ Versorgungs-Nr _____

3. Bestehen Ansprüche auf Nachversicherung aus einer früheren rentenversicherungsfreien Tätigkeit als Beamter, Soldat oder einem ähnlichen Dienstverhältnis?
 nein ja, wenn ja: Welche Dienststelle hat die Nachversicherung vorzunehmen?
 Name und Anschrift _____ Personal-Nr. _____

C.¹ Zusätzliche Alters- und Invaliditätsversorgung für Arbeiter und Angestellte des öffentlichen Dienstes (Bund, Länder, Kommunen, Bahn, Post, kirchlicher Bereich)

1. Sind oder waren Sie bei einem Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes beschäftigt, der einer Zusatzversorgungseinrichtung des öffentlichen Dienstes angeschlossen ist oder eine andere betriebliche Altersversorgung zugesagt hat?
 nein ja, bei:
 Name und vollständige Anschrift der Zusatzversorgungseinrichtung

 _____ Versorgungs-Nr _____
 Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers

2. Werden oder wurden solche Bezüge gezahlt?
 nein ja, von: a) _____ Vers.-Nr. _____
 b) _____ Vers.Nr. _____

C.² Betriebliche Altersversorgung

1. Sind oder waren Sie bei einem Arbeitgeber beschäftigt, der eine betriebliche Altersversorgung zugesagt hat?
 a) Hat der derzeitige Arbeitgeber eine Alters- oder Invaliditätsversorgung zugesagt?
 nein ja, wenn ja: Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers

 Beginn des Arbeitsverhältnis _____

b) Hat ein früherer Arbeitgeber eine Alters- oder Invaliditätsversorgung zugesagt?
 nein ja, wenn ja: Name und vollständige Anschrift des Arbeitgebers
 aa) _____ Personal-Nr. _____
 Beschäftigungsverhältnis von.....bis.....

 bb) _____ Personal-Nr. _____
 Beschäftigungsverhältnis von.....bis.....

c) Bekommen Sie bereits Leistungen der betrieblichen Altersversorgung?

nein ja, wenn ja: Bezeichnung und vollständige Anschrift der für die Versorgung zuständigen Stelle

Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen

2. Sind Sie durch Ihren Arbeitgeber Mitglied in einem selbstständigen Versorgungswerk (Pensions- oder Unterstützungskasse)?

nein ja, wenn ja: Bezeichnung und vollständige Anschrift der für die Versorgung zuständigen Stelle

3. Hat Ihr Arbeitgeber für Sie eine Direktversicherung auf Rentenbasis bei einer Lebensversicherung abgeschlossen?

nein ja, wenn ja: Einzelheiten bitte umseitig unter Abschnitt E angeben.

4. Falls Sie keine der vorhergehenden Fragen beantworten können, bei welchen Arbeitgebern waren Sie beschäftigt und wie lange? Die Angabe der Beschäftigungszeiten in Monaten genügt.

Arbeitgeber	Zeitdauer

**D. Renten und Anwartschaften aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung
z.B. Versorgungswerke der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Notare und Rechtsanwälte**

1. Haben Sie eine Anwartschaft auf Leistungen aus einer Versorgungseinrichtung eines freien Berufs?

nein ja, bei: Name und vollständige Anschrift sowie Geschäfts-Nr. d. Versorgungseinrichtung

2. Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt?

nein ja

Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen

E. Renten und Rentenanwartschaften auf Grund eines Lebensversicherungsvertrages

1. Haben Sie eine Anwartschaft auf Rentenleistungen aus einer privaten Versicherung einschließlich einer Zusatzversicherung, die auf Zahlung einer Rente gerichtet ist? (Bei mehreren Verträgen bitte Anlage verwenden)		
nein	ja, bei: Name und vollst. Anschrift des Versicherungsunternehmens sowie Versicherungsnr. des Vertrages	
<hr/> <hr/>		
Bitte auch ausfüllen, wenn bei einer Kapitallebensversicherung ein Wahlrecht zugunsten der Zahlung ausgeübt worden ist.		
2. Art der Versorgung:	Renten- oder Pensionsversicherung, Beginn der Rente im Alter von Jahren Versicherung wegen Berufsunfähigkeit private Unfallversicherung	
Bitte Versicherungsverträge in Fotokopie beifügen		
3. Beziehen Sie aus dem genannten Vertrag bereits eine Rente?		
nein	ja, wegen Erreichens der Altersrente Berufsunfähigkeit oder eines Unfalls	
Bitte Rentenbescheid in Fotokopie beifügen		
4. Weitere Angaben zum Versicherungsvertrag:		
Versicherungsnehmer	Versicherte Person	Beitragszahler
Bezugsberechtigter	Ist das Bezugsrecht widerruflich?	nein ja

F. Sonstige Ansprüche oder Anwartschaften auf Altersversorgung oder wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (z. B. Ansprüche auf ausländische Versorgungen, Abgeordnetenversorgung, Altershilfe für Landwirte etc.)

1. Haben Sie sonstige Anwartschaften oder Ansprüche außer den unter Buchst. A-E genannten?	
nein	ja, bei: Name und vollständige Anschrift und Geschäfts- Nr. der Versorgungseinrichtung
<hr/> <hr/>	
2. Art der Versorgung:	Altersrente ab Vollendung des Lebensjahres Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit
3. Wird Ihnen bereits eine Versorgung gewährt?	
nein	ja Altersrente Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit
Bitte Versorgungsbescheid in Fotokopie beifügen	

G. Falls Sie alle Fragen zu A bis F mit „nein“ bzw. nicht beantwortet haben, fügen Sie Ihren Lebenslauf bitte als Anlage bei. Geben Sie insbesondere an, in welcher Weise Sie für Ihr Alter vorgesorgt haben.

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe. Mit der Weitergabe dieses Vordrucks an die unter A bis F bezeichneten Versorgungsträger zur Einholung von Auskünften über die für mich bestehenden Anrechte bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich nach § 11 Abs. 2 des Gesetzes zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich sowie nach den §§ 1587 e, 1587 k. i. m. § 1580 des Bürgerlichen Gesetzbuches zur Erteilung der zur Durchführung des Versorgungsausgleichs erforderlichen Auskünfte gesetzlich verpflichtet bin. Mir ist ferner bekannt, dass die Erteilung der Auskünfte gerichtlich erzwungen werden kann.

Datum

Unterschrift

4 Angaben zu Beitragszeiten

Beweismittel bitte beifügen

4.1

Haben Sie **Beitrags- oder Beschäftigungszeiten** im Bundesgebiet zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** aufgeführt sind (z. B. als Lehrling, Arbeiter, Angestellter, Beschäftigter im Bergbau, Seemann, Selbständiger, Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, Pflegeperson ab 01.04.1995, geringfügig Beschäftigter ab 01.04.1999)?
 bitte hier Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen. Die Angaben sind entbehrlich, soweit Sozialversicherungsausweise aus dem Beitrittsgebiet beigefügt werden. **Bei nicht nachgewiesenen Zeiten im Beitrittsgebiet bitte Fragebogen (Vordruck V700) ausfüllen und beifügen.**

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	Genauere Bezeichnung der Beschäftigung bzw. Tätigkeit (z.B. nicht Arbeiter, sondern Chemiefacharbeiter)	Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes bzw. Vermerk "selbständig")	Höhe des wöchentlichen/ monatlichen Entgelts	An welche Krankenkasse und zu welcher Versicherungsanstalt wurden Beiträge gezahlt (z.B. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte - BfA, LVA Baden, SV der ehemaligen DDR)
Beispiel				
15.11.1951-31.03.1952	Polsterer	Fa. Lehmann, Kleinmöbelhersteller Oststr. 1, 40211 Düsseldorf	mtl. 850,00 DM	AOK Düsseldorf LVA Rheinprovinz

Haben Sie im **Beitrittsgebiet** Beiträge zur freiwilligen Zusatzrentenversicherung (FZR) gezahlt?
 vom - bis

nein ja

4.2

Waren Sie im **Beitrittsgebiet** oder während der unter Ziffer 4.1 eingetragenen Zeiten **teilzeitbeschäftigt**?
 vom - bis wöchentliche Arbeitszeit in Stunden volle betriebliche Arbeitszeit pro Woche in Stunden

nein ja

4.3

Standen Sie in einem Beschäftigungsverhältnis bei Verwandten oder dem Ehegatten?
 vom - bis Name und Verwandtschaftsverhältnis

nein ja

4.4

Haben Sie **vor dem 01.01.1957** für versicherungspflichtige Beschäftigungen neben Barbezügen in wesentlichem Umfang **Sachbezüge** erhalten (Sachbezüge sind z.B. Kost und Wohnung, volle Kost, Teilkost, Wohnung, Deputat) und sind diese Zeiten **nicht** mit **Sachbezug** im Versicherungsverlauf **gekennzeichnet**?
 vom - bis ausgeübter Beruf Art der Sachbezüge

nein ja

4.5

Lagen Ihre tatsächlichen Arbeitsverdienste bzw. Einkünfte im Beitrittsgebiet über den im Sozialversicherungsausweis bescheinigten Beträgen (nur angeben, wenn der tatsächliche sozialversicherungspflichtige Arbeitsverdienst vor dem 01.03.1971 über der damaligen Höchstgrenze für die Beitragspflicht von 600.- M monatlich gelegen hat)?

nein ja vom - bis derzeitige Anschrift des Arbeitgebers Nachweise bitte beifügen

4.6

Haben Sie **freiwillige Beiträge** zur Rentenversicherung gezahlt, die im Versicherungsverlauf **nicht** aufgeführt sind?
 vom - bis Versicherungsträger

nein ja

4.7 Haben Sie einen **Antrag auf Nachversicherung** für Beschäftigungszeiten im öffentlichen Dienst oder bei sonstigen öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Körperschaften der evangelischen, der katholischen oder anderer Religionsgesellschaften gestellt, oder wurde eine **Nachversicherung** bereits **durchgeführt**?
bei welcher Stelle Aktenzeichen
 nein ja

Könnte für Sie ein Anspruch auf **Nachversicherung** bestehen (z. B. als Beamter, Berufssoldat, Soldat auf Zeit, Grundwehrdienstleistender in der Zeit vom 01.03.1957 bis 30.04.1961 bei der Bundeswehr, Mitarbeiter von Religionsgesellschaften im Beitrittsgebiet)?
vom - bis Grund
 nein ja

4.8 Sind Ihnen **Beiträge erstattet** oder zurückgezahlt oder ist dies von Ihnen beantragt worden (z.B. bei Frauen wegen Heirat)?
wann Versicherungsträger Aktenzeichen
 nein ja

4.9 Haben Sie Zeiten der Berufsausbildung (Lehrzeit) zurückgelegt? (Als Nachweis sind z.B. Lehrvertrag, Lehranzeige, Prüfungszeugnis, landwirtschaftlicher Gesellenbrief sowie Bescheinigung über die Höhe des erzielten Arbeitsentgeltes beizufügen.)
vom - bis Art der Berufsausbildung Beweismittel
 nein ja sind beigefügt
 liegen nicht mehr vor

4.10 Haben Sie in der Zeit vom **01.03.1957 bis 30.04.1961** Wehrdienst bei der Bundeswehr oder Zivildienst (früher Ersatzdienst) geleistet, der im Versicherungsverlauf **nicht** als "**Pflichtbeiträge Wehrdienst, Zivildienst**" gekennzeichnet ist?
vom - bis vom - bis
 nein ja

4.11 Wurden für Sie in der Zeit vom **01.07.1975 bis 31.12.1991** Beiträge als Behinderter in einer geschützten Einrichtung die im Versicherungsverlauf **nicht** als "**Pflichtbeiträge in geschützten Einrichtungen**" gekennzeichnet sind?
vom - bis vom - bis vom - bis
 nein ja
Bezeichnung der Einrichtung Bezeichnung der Einrichtung Bezeichnung der Einrichtung

4.12 Waren Sie in der Zeit vom **01.07.1975 bis 31.12.1991** im **Beitrittsgebiet erwerbsunfähig**?
vom - bis Aufenthaltsort
 nein ja

5 Zeiten im Ausland

5.1 Haben Sie Beitrags- und Beschäftigungszeiten in Polen zurückgelegt?
 nein ja, bitte Vordruck V720 (Antrag auf Klärung von Zeiten in Polen) ausfüllen und beifügen

5.2 Haben Sie Beitrags- oder Beschäftigungszeiten in Ungarn, Rumänien, Bulgarien, Jugoslawien, Albanien, China, der Tschechoslowakei, der Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten zurückgelegt?
 nein ja, bitte Vordruck V 710, ggf. V 711 (für Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten), ggf. V 712 (für Rumänien) ausfüllen und beifügen

5.3 Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat gezahlt oder einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen in der EU (Frankreich, Belgien, Niederlande, Luxemburg, Italien, Großbritannien, Irland, Dänemark, Griechenland, Spanien, Portugal, Schweden, Finnland und Österreich) bzw. in dem EWR (Island, Liechtenstein und Norwegen) angehört?
vom - bis Versicherungsträger/Versorgungssystem
 nein ja
Staat ausländische Versicherungsnummer/Aktenzeichen Staatsangehörigkeit

5.4 Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada/Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?
vom - bis Staat
 nein ja

6 Angaben zu Ersatzzeiten

(z.B. Kriegsdienst, Kriegsgefangenschaft, Reichsarbeitsdienst, Verfolgung, Internierung, Vertreibung, Aussiedlung, Freiheitsentzug im Beitrittsgebiet, für den Versicherte rehabilitiert worden sind)

Haben Sie **Ersatzzeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?
 - betrifft nur Tatbestände nach Vollendung des 14. Lebensjahres für Zeiten bis zum 31.12.1991 -
 nein ja, bitte Fragebogen zu Ersatzzeiten (Vordruck V400) ausgefüllt beifügen

7 Angaben zu Anrechnungszeiten

(z.B. Arbeitsunfähigkeit, Schwangerschaft, Mutterschaft während der jeweiligen Schutzfristen, Arbeitslosigkeit oder Leistungen vom Arbeitsamt, nach Vollendung des 16. Lebensjahres liegende Schul-, Fachschul-, Fachhochschul-, oder Hochschulausbildung, berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, Versorgungsleistungen im Beitrittsgebiet)

Haben Sie **Anrechnungszeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?
 nein ja, bitte Fragebogen zu Anrechnungszeiten (Vordruck V410) ausgefüllt beifügen

8 Angaben zu Kindererziehungszeiten/Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung **Beweismittel bitte beifügen**

Werden Kindererziehungszeiten/Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend gemacht?

nein ja, bitte Antrag (Vordruck V800) ausgefüllt beifügen, wenn diese Zeiten noch nicht beantragt worden sind

9 Sonstige Angaben

9.1 Haben Sie Anwartschaft oder Anspruch auf **eigene Versorgung** nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis? Versorgungsdienststelle/Aktenzeichen bitte Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten beifügen

nein ja

9.2 Beziehen oder bezogen Sie bereits eine **Rente aus eigener Versicherung** oder haben Sie eine solche beantragt (auch im Ausland)?

nein ja vom - bis beantragt am ggf. Grund der Ablehnung

Versicherungsträger, Versicherungsnummer

9.3 Bestand oder besteht für Sie eine Versicherung bei der **Künstlersozialkasse?**

nein ja vom - bis Aktenzeichen

9.4 Haben Sie auf einem **Rheinschiff** eine Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit ausgeübt?

nein ja vom - bis Berufsbezeichnung Sitz des Arbeitgebers

9.5 Haben Sie einem **Zusatz- oder Sonderversorgungssystem** im Beitrittsgebiet angehört?

nein ja vom - bis Versorgungssystem

Waren Sie hauptamtlicher Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit/Amtes für nationale Sicherheit, ohne in das Sonderversorgungssystem für Angehörige des Ministeriums für Staatssicherheit/Amtes für Nationale Sicherheit einbezogen worden zu sein (z.B. Offizier im besonderen Einsatz - OibE -/Hauptamtlicher Informeller Mitarbeiter -HIM -)?

nein ja vom - bis

9.6 Haben Sie Ansprüche oder Anwartschaften nach dem (am 28.02.1991) geschlossenen Pensionsstatut der Carl-Zeiss-Stiftung Jena erworben, die ggf. auch abgefunden wurden?

nein ja vom - bis bei

9.7 Sind Sie anerkannter Verfolgter im Sinne des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligungen für Opfer politischer Verfolgung im Beitrittsgebiet (Berufliches Rehabilitierungsgesetz)?

nein ja, bitte Bescheinigung der Rehabilitierungsbehörde beifügen Gegen die Rehabilitierungsbescheinigung ist ein Rechtsbehelf eingelegt worden

10 Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

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

Während der verbleibenden Lücken habe ich keine Beitrags-, Ersatz-, Anrechnungs-, Kindererziehungs- oder Berücksichtigungszeiten zurückgelegt. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich von den Erläuterungen zum Antrag auf Kontenklärung (Vordruck V110) Kenntnis genommen habe.

Ort/Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

11 Anlagen

Versicherungsunterlagen sowie Nachweise über Ersatzzeiten und Anrechnungszeiten sind **nicht** einzusenden, wenn diese Zeiten bereits im Versicherungsverlauf enthalten sind. Soweit eine Bestätigung der Personenstandsdaten nicht vorgenommen wurde, bitten wir eine Personenstandsurkunde einzusenden.

Ist die **Vorlage von Versicherungsunterlagen** erforderlich, bitten wir Sie, diese **im Original** einzusenden. Versicherte, die die erforderlichen Daten mit Eintragungen in dem Ausweis für Arbeit und Sozialversicherung nachweisen, sind berechtigt, in einer Ablichtung des Ausweises (mit Übereinstimmungsbestätigung) die Daten unkenntlich zu machen, die für den Träger der Rentenversicherung nicht erforderlich sind. Bei **sonstigen Unterlagen und Urkunden** genügen auch **Fotokopien oder Abschriften, sofern deren Übereinstimmung mit dem Original bestätigt ist**. Wir bitten Sie diese Bestätigung (**keine** amtliche Beglaubigung) durch die Auskunfts- und Beratungsstellen der Träger der Rentenversicherung, ihren Versichertenältesten sowie durch die anderen Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse), aber auch durch die Versicherungsämter bzw. die Stadt- und Gemeindeverwaltungen und die deutschen Auslandsvertretungen vornehmen zu lassen; die Bestätigung erfolgt kostenlos. Es reicht **nicht** aus, wenn die Bestätigung der Übereinstimmung der Fotokopie oder Abschrift mit dem Original von Ihnen selbst oder einem Rechtsanwalt, Rechtsbeistand oder Rentenberater vorgenommen wurde.

Vordruck R 990 bitte beifügen.

5 Ist eines der unter Ziffer 4 aufgeführten Kinder ein Stiefkind oder Pflegekind?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Vorname des Kindes _____ ist ein Stiefkind	
	Angaben zur Kindesmutter (Name, Geburtsname, Vorname, Geburtsdatum) _____ Vorname des Kindes _____ ist ein Pflegekind	
	Angaben zur Kindesmutter (Name, Geburtsname, Vorname, Geburtsdatum) _____	

6 Ist eines der unter Ziffer 4 aufgeführten Kinder innerhalb der ersten 10 Jahre nach der Geburt überwiegend von anderen Personen erzogen worden?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von <input type="checkbox"/> leiblichen Eltern (s.Ziff.16) <input type="checkbox"/> Stiefmutter bzw. Stiefvater <input type="checkbox"/> Pflegemutter bzw. Pflegevater	Vorname des Kindes _____ vom - bis _____
	Angaben zur Person des Erziehenden (Name, Geburtsname, Vorname, Geburtsdatum) _____	
	von <input type="checkbox"/> leiblichen Eltern (s.Ziff.16) <input type="checkbox"/> Stiefmutter bzw. Stiefvater <input type="checkbox"/> Pflegemutter bzw. Pflegevater	Vorname des Kindes _____ vom - bis _____
	Angaben zur Person des Erziehenden (Name, Geburtsname, Vorname, Geburtsdatum) _____	

7 War die häusliche Gemeinschaft mit einem der unter Ziffer 4 aufgeführten Kinder innerhalb der ersten 10 Jahre nach der Geburt unterbrochen (z.B. wegen Aufenthalt eines Kindes im Ausland)?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Vornamen der Kinder _____ vom - bis _____	Grund der Unterbrechung _____
	Vornamen der Kinder _____ vom - bis _____	Grund der Unterbrechung _____

8 Zusätzliche Angaben zu den beantragten Erziehungszeiten
Waren Sie während der unter Ziffer 4 aufgeführten Erziehungszeiten

8.1	versicherungsfrei in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Versorgungsanwartschaft (z.B. als Beamter, Richter, DO-Angestellter, Geistlicher, Berufssoldat, Soldat auf Zeit)? vom - bis _____ Tätigkeit _____ Dienstherr, Arbeitgeber _____	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Könnte für Sie ein Anspruch auf Nachversicherung für eine dieser Zeiten bestehen? bei welcher Stelle _____ Aktenzeichen _____	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Wurde anstelle der Nachversicherung eine Abfindung gezahlt bzw. eine Abfindungsrente zugesichert? von welcher Stelle _____ Aktenzeichen _____	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
8.2	Abgeordneter, Minister, Parlamentarischer Staatssekretär? vom - bis _____ Tätigkeit _____ Parlament, Ministerium _____	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Wurde nach dem Ausscheiden aus dem Amt eine Versorgung gezahlt? seit / vom - bis _____	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
8.3	von der Versicherungspflicht befreit? vom - bis _____ Grund der Befreiung _____	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Versicherungsweig <input type="checkbox"/> Rentenversicherung der Arbeiter <input type="checkbox"/> Rentenversicherung der Angestellten <input type="checkbox"/> knappschaftliche Rentenversicherung	
	Haben Sie auf die Befreiung von der Versicherungspflicht verzichtet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Bescheid beifügen	
8.4	als Selbständiger oder im Betrieb des selbständigen Ehegatten tätig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als <input type="checkbox"/> Selbständiger <input type="checkbox"/> Landwirt <input type="checkbox"/> Ehegatte eines Selbständigen <input type="checkbox"/> Ehegatte eines Landwirts vom - bis _____ Art der Tätigkeit _____	
	<input type="checkbox"/> Vollzeit-tätigkeit <input type="checkbox"/> Teilzeit-tätigkeit	durchschnittliches monatl. Arbeitseinkommen _____ wöchentliche Arbeitszeit in Stunden _____
	Eintragung in das Unternehmensverzeichnis der landwirtschaftlichen Alterskassen <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor	seit / vom - bis _____
8.5	nach Erreichen einer Altersgrenze Bezieher einer Vollrente, Teilrente oder Versorgung nach beamtenrechtlichen/kirchenrechtlichen/berufsständischen Vorschriften oder Grundsätzen? vom - bis _____ Art der Altersversorgung _____	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	von welcher Stelle _____	

9 Haben Sie eines der unter Ziffer 4 genannten Kinder während der aufgeführten Erziehungszeiten **im Ausland erzogen?** (Auch die Zeit der Zugehörigkeit der Gebiete Österreich, Elsaß-Lothringen, Eupen, Malmedy, St. Vith, Moresnet zum Deutschen Reich ist hier als Auslandszeit anzusehen.)

9.1 nein ja

	Vornamen der Kinder	Staat/Gebiet	Erziehungszeiten vom - bis

9.2 Haben Sie oder Ihr Ehegatte unmittelbar vor oder während einer Erziehungszeit für eine Beschäftigung/Tätigkeit **im Ausland** Pflichtbeiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?

nein ja

9.3 **Wenn Sie die Frage 9.2 verneint haben:**
 Bestanden für Sie oder Ihren Ehegatten unmittelbar vor oder während der Erziehung Ihres Kindes im Ausland außer zu einem Arbeitgeber im Ausland auch vertragliche oder dienstrechtliche Beziehungen zu einem Arbeitgeber/Dienstherrn im Bundesgebiet?
vom - bis (bitte kurz erläutern)

nein ja

10 Sind Sie als Vertriebener oder als Spätaussiedler nach dem Bundesvertriebenengesetz anerkannt?

nein ja, ich besitze einen Bundesvertriebenenausweis A oder B bzw. eine Spätaussiedlerbescheinigung (bitte beifügen)
Herkunftsgebiet

11 Gehören oder gehörten Sie während der aufgeführten Erziehungszeiten zu dem Personenkreis der Asylbewerber oder sind Sie Bürgerkriegsflüchtling?

nein ja, die Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsberechtigung bzw. die Aufenthaltsbefugnis wurde

noch nicht erteilt

erteilt Entsprechende Bescheinigung bitte beifügen.

12 Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der unter Ziffer 4 genannten Kinder oder während der aufgeführten Erziehungszeiten

12.1 im Bundesgebiet bei einer über- oder zwischenstaatlichen Organisation beschäftigt (z. B. UNIDO, ELMB, ESA, Europäisches Patentamt, Europäische Gemeinschaften)?
vom - bis bei

nein ja

12.2 Mitglied oder ziviles Gefolge von ausländischen Streitkräften im Sinne des NATO - Truppenstatuts, der sowjetischen Streitkräfte, eine dem zivilen Gefolge gleichgestellte Person, Mitglied der alliierten Behörden und Streitkräfte in Berlin (West) oder Familienangehöriger eines dieser Personenkreise?
vom - bis bei

nein ja

13 Gehörten Sie unmittelbar vor der Geburt eines der unter Ziffer 4 genannten Kinder oder während der aufgeführten Erziehungszeiten zum Personal einer ausländischen amtlichen Vertretung (z.B. Botschaft, Konsulat) oder waren Sie Familienangehöriger dieses Personals?

nein ja

vom - bis bei

14 Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der unter Ziffer 4 genannten Kinder oder während der aufgeführten Erziehungszeiten von einem Arbeitgeber mit Sitz im Ausland in die Bundesrepublik Deutschland entsandt oder waren Sie im Rahmen Ihrer im Ausland ausgeübten selbständigen Erwerbstätigkeit für eine begrenzte Zeit in Deutschland tätig?

nein ja

vom - bis

Arbeitgeber und Beschäftigungsstelle

15 Wurden unmittelbar vor der Geburt eines der unter Ziffer 4 genannten Kinder oder während der aufgeführten Erziehungszeiten für eine von Ihnen in der Bundesrepublik Deutschland ausgeübte Beschäftigung oder Tätigkeit aufgrund einer Ausnahmevereinbarung im Sinne des über- und zwischenstaatlichen Rechts (Verordnungen EWG, Sozialversicherungsabkommen) Pflichtbeiträge zur deutschen Rentenversicherung nicht gezahlt?

nein ja

vom - bis

Ausnahmevereinbarung ausgestellt von welcher Stelle, Datum, Aktenzeichen

