



|   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Versicherungsnummer   | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

noch Ziffer 1

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat)                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland), Ort, Bundesland |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zuzug aus dem Ausland?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Monat</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Jahr</td><td> </td><td> </td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tag |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Monat   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jahr  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)                                 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)                                   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2 Angaben zu den Kindern** (Weitere Kinder bitte auf einem 2. Antragsvordruck angeben.)

Für folgende Kinder wird die Anrechnung von Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten beantragt. (Bitte Geburtsurkunden, Familienbuch oder Stammbuch beifügen - entfällt, wenn Kindererziehungszeiten bereits angerechnet worden sind beziehungsweise die Personenstandsdaten am Ende dieses Antrags bestätigt werden.):

**Kind 1**

|  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Name, Vorname des Kindes (zur Zeit der Geburt beziehungsweise bei einem Adoptivkind Name, Vorname nach der Adoption)   |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Geburtsort   | Geburtsstaat |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Geburtsdatum <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Monat</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Jahr</td><td> </td><td> </td></tr> </table>   |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tag |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Monat |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Jahr |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | gegebenenfalls Sterbedatum <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Monat</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Jahr</td><td> </td><td> </td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tag |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Monat |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Jahr |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Monat  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jahr   |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Monat  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jahr   |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ist das Kind ein Stiefkind oder Pflegekind?  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Für jedes Stiefkind oder Pflegekind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen.  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Haben Sie das Kind von der Geburt an ununterbrochen erzogen (Angabe längstens bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres)?  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Beginn <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Monat</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Jahr</td><td> </td><td> </td></tr> </table> und Ende <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Monat</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Jahr</td><td> </td><td> </td></tr> </table> |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  | Tag |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  | Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  | Tag |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  | Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Monat  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jahr   |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Monat  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jahr   |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



|   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Versicherungsnummer   | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Kind 2

|  |              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|-------|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Name, Vorname des Kindes (zur Zeit der Geburt beziehungsweise bei einem Adoptivkind Name, Vorname nach der Adoption)   |              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)  |              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Geburtsort   | Geburtsstaat |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Geburtsdatum <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td colspan="17"></td></tr> </table>  |              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tag | Monat | Jahr  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | gegebenenfalls Sterbedatum <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td colspan="17"></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag  | Monat        | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag  | Monat        | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ist das Kind ein Stiefkind oder Pflegekind?  |              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind  |              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Für jedes Stiefkind oder Pflegekind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen.  |              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Haben Sie das Kind von der Geburt an ununterbrochen erzogen (Angabe längstens bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres)?  |              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Beginn <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td colspan="17"></td></tr> </table> und Ende <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td colspan="17"></td></tr> </table> |              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     | Tag   | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag  | Monat        | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag  | Monat        | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 3 Angaben zum Wohnsitz während der Erziehungszeiten

|  |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>3.1</b> Hatten Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten Ihren Wohnsitz im Gebiet der früheren DDR beziehungsweise in den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen oder im Ostteil von Berlin?  |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td colspan="17"></td></tr> </table> bis <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td colspan="17"></td></tr> </table> |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag  | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag  | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 4 Angaben zu deutschen Versorgungsanwartschaften außerhalb der Rentenversicherung

|   |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>4.1</b> Haben Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten einem anderen deutschen Alterssicherungssystem angehört?  |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 4.2  |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten angeben:   |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>beamtenrechtliche oder ähnliche Versorgung</b> (zum Beispiel als Beamter, Richter oder DO-Angestellter)   |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| vom <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td colspan="17"></td></tr> </table> bis <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td colspan="17"></td></tr> </table> |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tag | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag   | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag   | Monat | Jahr |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Art der Tätigkeit   |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Versorgungsträger   |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Anschrift   |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

noch Ziffer 4.1

**kirchenrechtliche Versorgung** (zum Beispiel als Geistlicher)

vom 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

 bis 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

Art der Tätigkeit

Versorgungsträger

Anschrift

**berufsständische Versorgung** (zum Beispiel als Arzt oder Apotheker)

vom 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

 bis 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

Art der Tätigkeit

Versorgungsträger

Anschrift

**4.2** Haben Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten eine Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze aus einem der in Ziffer 4.1 angegebenen deutschen Alterssicherungssysteme bezogen?

nein  ja, vom 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

 bis 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

  
von welcher Stelle

**4.3** Wurde an Stelle einer Nachversicherung in Deutschland eine Abfindung gezahlt beziehungsweise eine Abfindungsrente zugesichert?

nein  ja, vom 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

 bis 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

  
von welcher Stelle

Aktenzeichen





|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) |
|                     |                                 |

**6.2.1** Bestanden für Sie oder Ihren Ehegatten / Lebenspartner einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft unmittelbar vor oder während der Erziehungszeiten außerhalb Deutschlands außer zu einem Arbeitgeber außerhalb Deutschlands auch vertragliche oder dienstrechtliche Beziehungen zu einem Arbeitgeber / Dienstherrn in Deutschland?

nein  ja, vom 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

 bis 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

  
bitte kurz erläutern

**6.3** Bei Erziehung außerhalb Deutschlands, aber in der EU / dem EWR beziehungsweise in der Schweiz: Haben Sie vor, während oder nach den Erziehungszeiten eine Beschäftigung / Tätigkeit in Deutschland oder in der EU / dem EWR beziehungsweise in der Schweiz ausgeübt oder dort Versicherungszeiten oder Wohnzeiten erworben?

nein  ja, vom 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

 bis 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

  
Staat

Versicherungsträger

Versicherungsnummer / Aktenzeichen

## 7 Asylberechtigter / Kontingentflüchtling / heimatloser Ausländer

**7.1** Sind Sie als Asylberechtigter, Kontingentflüchtling oder heimatloser Ausländer anerkannt?

nein  ja, bitte entsprechende Bescheinigungen beifügen

## 8 Vertriebener / Spätaussiedler

**8.1** Sind Sie als Vertriebener oder Spätaussiedler beziehungsweise als Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers anerkannt?

nein  ja, bitte entsprechende Bescheinigungen beifügen, bitte weiter bei Ziffer 9

**8.1.1** Wurde die Vertriebeneneigenschaft / Spätaussiedlereigenschaft abgelehnt?

nein  ja, bitte Ablehnungsbescheid / Urteil beifügen

## 9 Angaben zur Staatsangehörigkeit bei Erziehung in Deutschland

**9.1** Welche Staatsangehörigkeit hatten Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten in Deutschland?

deutsch (Die Beantwortung der Frage 9.2 entfällt.)  
 deutsch aufgrund erfolgter Einbürgerung (bitte Einbürgerungsurkunde beifügen)  
 andere: \_\_\_\_\_



|   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Versicherungsnummer   | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**9.2** Welchen ausländerrechtlichen Status hatten Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten in Deutschland?

Aufenthaltstitel

---

wurden erteilt am 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 (entsprechende Bescheinigungen bitte beifügen)

wurde nicht beantragt

wurde beantragt, aber noch nicht erteilt

**10 Ausnahmen bei Erziehung in Deutschland**

**10.1** Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der in Ziffer 2 angegebenen Kinder oder während der angegebenen Erziehungszeiten in Deutschland bei einer überstaatlichen oder zwischenstaatlichen Organisation beschäftigt (zum Beispiel ESA, Europäische Gemeinschaften)?

nein  ja, vom 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 bis 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 bei \_\_\_\_\_

**10.2** Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der in Ziffer 2 angegebenen Kinder oder während der angegebenen Erziehungszeiten in Deutschland 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 einer dieser Personenkreise?

nein  ja, vom 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 bis 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 bei \_\_\_\_\_

**10.3** Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der in Ziffer 2 angegebenen Kinder oder während der angegebenen Erziehungszeiten in Deutschland Angehöriger des Personals einer ausländischen amtlichen Vertretung (zum Beispiel Botschaft, Konsulat) oder waren Sie Familienangehöriger dieses Personals?

nein  ja, vom 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 bis 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 bei \_\_\_\_\_

**10.4** Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der in Ziffer 2 angegebenen Kinder oder während der angegebenen Erziehungszeiten in Deutschland 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 \_\_\_\_\_

Beschäftigungsstelle \_\_\_\_\_



|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) |
|                     |                                 |

**10.5** Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der in Ziffer 2 angegebenen Kinder oder während der in Deutschland angegebenen Erziehungszeiten in der Bundesrepublik Deutschland beschäftigt oder tätig und wurden für diese Beschäftigung oder Tätigkeit aufgrund einer Ausnahmereinbarung im Sinne des überstaatlichen und zwischenstaatlichen Rechts (Europarecht, Sozialversicherungsabkommen) Pflichtbeiträge zur deutschen Rentenversicherung nicht gezahlt?

nein     ja, vom 
 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

 bis 
 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

Ausnahmereinbarung wurde ausgestellt von

ausgestellt am

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

Aktenzeichen

## 11 Angaben zur Kindererziehung

Die Fragen der Ziffer 11 sind für in Ziffer 2 angegebene leibliche Kinder / Adoptivkinder zu beantworten.

Bei Antragstellung durch den Vater / Lebenspartner beziehungsweise die Lebenspartnerin einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft / gleichgeschlechtliche Ehegatten ist für jedes in Ziffer 2 angegebene leibliche Kind / Adoptivkind zusätzlich ein Vordruck V0805 auszufüllen.

In diesen Fällen entfällt die Beantwortung der Fragen 11.1 - 11.3.

**11.1** Wurden die in Ziffer 2 angegebenen Kinder in den angegebenen Erziehungszeiten gemeinsam oder allein, mit oder ohne Unterbrechung erzogen? Eine Unterbrechung der Erziehung liegt zum Beispiel vor, wenn das Kind durch eine andere Person erzogen wurde, sich außerhalb Deutschlands aufgehalten hat oder auf gerichtliche Anordnung in einem Heim untergebracht war.

- Die Erziehung erfolgte ohne Unterbrechung gemeinsam mit dem anderen Elternteil. Bitte weiter bei Ziffer 11.2.
- Die Erziehung erfolgte ohne Unterbrechung allein. Bitte weiter bei Ziffer 13.
- Die Erziehung erfolgte mit Unterbrechung. Für jedes in Ziffer 2 angegebene Kind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen. Bitte weiter bei Ziffer 12.
- Die Erziehung erfolgte teilweise allein und teilweise gemeinsam mit dem anderen Elternteil (zum Beispiel wegen Trennung, Tod des anderen Elternteils). Für jedes in Ziffer 2 angegebene Kind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen. Bitte weiter bei Ziffer 12.

**11.2** Hat der andere Elternteil die in Ziffer 2 angegebenen Kinder in den angegebenen Erziehungszeiten überwiegend erzogen?

- nein, die Bestätigung des anderen Elternteils ist erforderlich. Bitte weiter bei Ziffer 11.3.
- teilweise, für jedes in Ziffer 2 angegebene Kind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen. Bitte weiter bei Ziffer 12.
- ja, für jedes in Ziffer 2 angegebene Kind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen. Bitte weiter bei Ziffer 12.



|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) |
|                     |                                 |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>11.3 Angaben zum Elternteil, der den Antrag nicht stellt (bitte Erläuterungen beachten)</b> |   |  |
| Name   |   | Vorname (Rufname)                                      |
| Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)  | Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)   | Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)                       |
| Geburtsname  |   |  |
| Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)                                       |   | Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de) |
| Geburtsdatum   | Versicherungsnummer   |  |
| Es wird bestätigt, dass die Angaben zur Erziehung den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. |   |  |
| <b>Unterschrift des anderen Elternteils</b>  |   |  |
| Datum, Unterschrift des Elternteils, der den Antrag nicht stellt                               |   |  |
| <input type="checkbox"/>   | Die Bestätigung des Elternteils, der den Antrag nicht stellt, wird auf einer Kopie dieses Antrags nachgereicht. |  |
| <input type="checkbox"/>   | Die Bestätigung des Elternteils, der den Antrag nicht stellt, kann aus folgendem Grund nicht erfolgen:          |  |
| <input type="checkbox"/>   | Der andere Elternteil ist verstorben.   |  |
| <input type="checkbox"/>   | Der Aufenthaltsort des anderen Elternteils ist unbekannt.   |  |
| <input type="checkbox"/>   | Sonstige Gründe:  |  |
| _____  |   |  |

## 12 Angaben zu übereinstimmenden Erklärungen

|  |  |
|--|--|
| <b>12.1</b> Haben Sie oder der andere Elternteil für die in Ziffer 2 angegebenen Kinder eine übereinstimmende Erklärung über die Zuordnung der Erziehungszeiten zu einem anderen Elternteil bei einem Rentenversicherungsträger oder einem Versorgungsträger (zum Beispiel Beamter / Richter) abgegeben? |  |
| <input type="checkbox"/>   | nein   |
|  | Name des Rentenversicherungsträgers / Versorgungsträgers |
| <input type="checkbox"/>   | ja   |
| _____  |  |

## 13 Dokumentenzugang

### 13.1 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:

\_\_\_\_\_



