



Aktenzeichen:

ANTRAG auf Weiterzahlung einer Rente wegen Erwerbsminderung Bitte alle Fragen vollständig in Druckschrift oder Maschinenschrift beantworten; Zutreffendes bitte ankreuzen!			
A. Angaben zur Person			
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Rufnummer	
B. Angabe zur Beruflichen Tätigkeit seit Beginn der letzten Zeitrente			
1. Sind oder waren Sie selbständig erwerbstätig?			
<input type="checkbox"/> nein _____ Datum und Grund der Aufgabe (z. B. Löschung in der Handwerksrolle, Abmeldung beim Gewerbeamt – bitte nachweisen)			
<input type="checkbox"/> ja			
<input type="checkbox"/> im eigenen land-, forstwirtschaftlichen oder gärtnerischen Unternehmen bzw. des eines Familienangehörigen			
<input type="checkbox"/> im eigenen gewerblichen Betrieb bzw. des eines Familienangehörigen			
<input type="checkbox"/> im sonstigen freien Beruf			
_____ Art und Umfang der Tätigkeit			
2.1 Sind Sie außerhalb der Land- und Forstwirtschaft oder dem Gartenbau als Arbeitnehmer (auch geringfügig) beschäftigt?			
<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ bis _____ Beschäftigung/Tätigkeit Tag, Monat, Jahr			
_____ Name, Anschrift des Arbeitgebers			
2.2 Wie ist / war Ihre tägliche Arbeitszeit? _____ Tage pro Woche; Stunden täglich			
2.3 Besteht das Arbeitsverhältnis (zumindest formal) noch? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			



Aktenzeichen:

C. Angaben zur Erwerbsminderung seit Beginn der letzten Zeitrente

1 a. Ist ein Weiterzahlungsantrag auf Rente wegen Erwerbsminderung bei einem Träger der Deutschen Rentenversicherung gestellt worden oder ist das weitere Vorliegen einer Erwerbsminderung bereits anerkannt worden?

nein

ja, und zwar

Name des Rentenversicherungsträgers

Versicherungsnummer

1 b. Ist zwischenzeitlich ein Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung bei einem Träger der Deutschen Rentenversicherung gestellt worden oder ist eine Erwerbsminderung anerkannt worden?

nein

ja, und zwar

Name des Rentenversicherungsträgers

Versicherungsnummer

Falls ja, sind die Nummern 2 – 6 nicht mehr auszufüllen. Bitte den Rentenbescheid beifügen.

2. Wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für weiterhin erwerbsgemindert?

3. Ist eine Erwerbsminderung von anderen Stellen (z. B. wegen Arbeitsunfall, Schwerbehinderung) anerkannt worden oder wurden Sie amtsärztlich untersucht?

nein

ja und zwar

Name der Behörde

Aktenzeichen

4. Wurde eine Begutachtung für die Pflegeversicherung veranlasst?

nein

ja und zwar

Name der Behörde

Aktenzeichen

5. Sind Sie in **ambulanter** ärztlicher Behandlung?

nein

ja, bei

Name und Anschrift des Arztes

Einen ärztlichen Befundbericht des behandelnden Arztes (Anlage K) und sofern vorhanden weitere medizinische Unterlagen in Kopie bitte beifügen.

6. Wurden Sie in der letzte Zeit **stationär** behandelt?

nein

ja, und zwar

Name und Anschrift des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung

Wann?

Monat, Jahr

7. Ist seit Beginn der letzten Zeitrente eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt oder ist eine solche Leistung beantragt worden?

nein

ja, bei/von

Versicherungsträger

Aktenzeichen

Wann?

Monat, Jahr



Aktenzeichen:

D. Erklärung und Information

1. Es kann erforderlich werden, die mit ärztlichen und psychologischen Begutachtungen erhobenen personenbezogenen Daten an andere Sozialleistungsträger oder an selbständige Gutachter weiterzugeben. Einer solchen Übermittlung können Sie widersprechen. Ihr Widerspruch kann jedoch zur Folge haben, dass Ihnen Sozialleistungen ganz oder teilweise versagt werden.
Soweit es für die Prüfung und Bearbeitung meines Antrags erforderlich ist, entbinde ich die Ärzte, die ich im Antrag angegeben habe und denen ich vorgestellt wurde, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Alterskasse.
Unter den gleichen Voraussetzungen erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Alterskasse Versicherungsunterlagen, Akten, Gutachten, Krankenunterlagen und Röntgenaufnahmen von anderen Sozialleistungsträgern, von Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen und von Gerichten bezieht und auswertet.
 2. Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen können. Eintretende Änderungen gegenüber den gemachten Angaben werde ich unverzüglich, gegebenenfalls auch vor Erteilung eines Bescheides, mitteilen.
 3. Ferner nehme ich hiermit zur Kenntnis, dass
 - der Antrag nur bearbeitet werden kann, wenn die Fragen in den Antragsvordrucken vollständig beantwortet sind,
 - sich die Pflicht, beim Ausfüllen des Antragsvordrucks mitzuwirken, Beweismittel anzugeben und vorzulegen sowie der Erteilung erforderlicher Auskünfte durch Dritte zuzustimmen, aus § 60 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) ergibt,
 - hinsichtlich der Leistungsgewährung einzelne Angaben im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflicht an andere Sozialversicherungsträger weitergegeben werden können.
 4. Ich bin damit einverstanden, dass eine Rentennachzahlung
 - zur Tilgung von Forderungen der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (Alterskasse, Berufsgenossenschaft, Krankenkasse, Pflegekasse) einbehalten wird.
- Die in Punkt 4 genannte Tilgung von Forderungen der landwirtschaftlichen Sozialversicherung soll nicht durch Einbehalt von der Rente erfolgen. Die Forderungen sind direkt von mir bzw. meinem Ehegatten anzufordern.

Als Anlagen zum Antrag sind beigelegt (bitte ankreuzen)

- Anlage K – Ärztl. Befund- u. Behandlungsbericht
- Anlage J – Erklärung zum Hinzuverdienst bei EMR
- weitere medizinische Unterlagen
- _____

_____ Datum

_____ Unterschrift des Antragstellers

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage www.svlfg.de unter der Rubrik Datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.