

**B Application filed by another person
(please enclose authority)**

**Antragstellung durch andere
Person (Vollmacht bitte beifügen)**

	The application is lodged by the following person on applicant's behalf		Der Antrag wird in Vertretung gestellt von
1	Family name		Familienname
2	Given names (underline name normally used)		Vornamen (Rufname unterstreichen)
3	as	<input type="checkbox"/> legal representative gesetzl. Vertreter <input type="checkbox"/> legal guardian Vormund <input type="checkbox"/> custodian Betreuer <input type="checkbox"/> authorized representative Bevollmächtigter	in der Eigenschaft als
4	Postal address		Anschrift
5	Fax no.		Telefax-Nr.

C Type of benefit claimed

Beantragte Leistungsart

1	Benefits for reduction in earning capacity (please fill out section I as well)	<input type="checkbox"/>	Rente wegen Erwerbsminderung (bitte auch Abschnitt I ausfüllen)
2	Retirement benefits upon attainment of age 65	<input type="checkbox"/>	Regelaltersrente wegen Vollendung des 65. Lebensjahres
3	Early retirement benefits	<input type="checkbox"/>	Vorzeitige Altersrente
4	Benefits for raising children	<input type="checkbox"/>	Erziehungsrente

**D Further information concerning
the type of benefit**

**Weitere Angaben
zur Leistungsart**

1	Are you presently employed or self-employed? If yes , please indicate - monthly gross income - the date of your presumable resignation If not , please indicate the last date of employment / self-employment	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Üben Sie noch eine Beschäftigung oder Tätigkeit aus? Falls ja , sind anzugeben: - monatliche Bruttoeinkünfte - Zeitpunkt, an dem die Beschäftigung oder Tätigkeit voraussichtlich aufgegeben wird. Falls nein , ist anzugeben, wann die Beschäftigung oder Tätigkeit letztmalig ausgeübt wurde.						
		<table border="0"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				
day Tag	month Monat	year Jahr							
		<table border="0"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				
day Tag	month Monat	year Jahr							
2	Benefits should begin with - the earliest possible date but with benefit reduction If not , please indicate - later on, from - with the earliest possible date without benefit reduction	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Die Altersrente soll beginnen - zum frühestmöglichen Zeitpunkt mit Rentenminderung Falls nein , ist anzugeben: - zu einem späteren Zeitpunkt, und zwar zum - zum frühestmöglichen Zeitpunkt ohne Rentenminderung						
		<table border="0"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				
day Tag	month Monat	year Jahr							
		<input type="checkbox"/>							

E Information concerning the insurance record (only to be completed if an account clarification has not been performed)

Please indicate hereafter all

- periods of employment
- periods of self-employment
- voluntary contributions
- substitute periods (e.g. military service, war captivity, expulsion)
- accounted periods (e.g. sickness, unemployment, attendance at school)
- non-work periods

in Germany, in the U.S.A. as well as in other countries in chronological order from school release or age 16 on until the day of application. Periods of vocational training in Germany should be indicated separately. Proof must be submitted for the above-mentioned periods. If you were employed underground in U.S. mining enterprises, a statement from the employer is required relating to that period.

E Angaben zum Versicherungsleben (nur auszufüllen, wenn noch kein Kontenklärungsverfahren durchgeführt wurde)

Bitte hier sämtliche

- Beschäftigungszeiten
- Zeiten der selbständigen Tätigkeit
- freiwillige Beitragszahlungen
- Ersatzzeiten (z. B. Wehrdienst, Kriegsgefangenschaft, Vertreibung)
- Anrechnungszeiten (z. B. Krankheit, Arbeitslosigkeit, Schulausbildung)
- Zeiten, in denen keine Arbeiten verrichtet wurden

sowohl in Deutschland, in den U.S.A. als auch in anderen Staaten in chronologischer Reihenfolge von der Schulentlassung bzw. dem 16. Lebensjahr an bis zum Tag der Antragstellung eintragen. Zeiten der Berufsausbildung in Deutschland sind gesondert einzutragen. Für die genannten Zeiten sind entsprechende Beweismittel beizufügen. Sofern eine Beschäftigung in U.S.-amerikanischen bergbaulichen Betrieben unter Tage ausgeübt wurde, ist für diese Zeit eine Bescheinigung des Arbeitgebers beizufügen.

Period from - to	Please describe the type of performed employment or self-employment (for substitute and accounted periods please indicate type of period)	Name and address of employer/enterprise, in case of self-employment please indicate "self-employed"	Additional information concerning employments and self-employments in Germany			
			working hours full-time employment	earnings gross wages DM monthly, from Jan 1st 2002 EUR monthly	Name and address of your health insurance (e.g. AOK, Innungskrankenkasse, compensation insurance)	If no proof can be submitted: Do you have witnesses?
Zeitraum von - bis	Genaue Bezeichnung der ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit (Bei Ersatz- und Anrechnungszeiten ist die Art der Zeit anzugeben)	Name und Anschrift des Arbeitgebers / Unternehmens bei Selbständigkeit ist "selbständig" anzugeben	Zusätzliche Angaben bei Beschäftigungen und selbständigen Tätigkeiten in Deutschland			
			Arbeitszeit Vollzeitbeschäftigung	Arbeitsverdienst monatlicher Bruttolohn in DM, ab 01.01.2002 in EUR	Name, Anschrift der Krankenkasse, bei der Sie versichert waren (z. B. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)	Falls keine Unterlagen beigefügt werden können: Sind Zeugen vorhanden?
			<input type="checkbox"/> no nein hours Stunden <input type="checkbox"/> yes ja _____	_____		<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja
			<input type="checkbox"/> no nein hours Stunden <input type="checkbox"/> yes ja _____	_____		<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja
			<input type="checkbox"/> no nein hours Stunden <input type="checkbox"/> yes ja _____	_____		<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja
			<input type="checkbox"/> no nein hours Stunden <input type="checkbox"/> yes ja _____	_____		<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja
			<input type="checkbox"/> no nein hours Stunden <input type="checkbox"/> yes ja _____	_____		<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja
			<input type="checkbox"/> no nein hours Stunden <input type="checkbox"/> yes ja _____	_____		<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja

please turn over / bitte wenden

If you do not have enough space please turn over!

Falls Platz nicht ausreicht, bitte wenden!

Period from - to	Please describe the type of performed employment or self-employment (for substitute and accounted periods please indicate type of period)	Name and address of employer/enterprise, in case of self-employment please indicate "self-employed"	Additional information concerning employments and self-employments in Germany				
			working hours full-time employment	If not, weekly working hours	earnings gross wages DM month- ly, from Jan 1st 2002 EUR monthly	Name and address of your health insurance (e.g. AOK, Innungskrankenkasse, compensation insurance)	If no proof can be submitted: Do you have witnesses?
Zeitraum von - bis	Genau Bezeichnung der ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tä- tigkeit (Bei Ersatz- und Anrechnungs- zeiten ist die Art der Zeit anzugeben)	Name und Anschrift des Arbeitgebers / Unternehmens bei Selbständigkeit ist "selbständig" anzugeben	Zusätzliche Angaben bei Beschäftigungen und selbständigen Tätigkeiten in Deutschland				
			Arbeitszeit Vollzeit- beschä- ftigung	Falls nein, wöchentl. Arbeitszeit in Stunden	Arbeitsverdienst monatlicher Bruttolohn in DM, ab 01.01.2002 in EUR	Name, Anschrift der Krankenkasse, bei der Sie versichert waren (z. B. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)	Falls keine Unter- lagen beigefügt werden können: Sind Zeugen vor- handen?
			<input type="checkbox"/> no nein	hours Stunden			<input type="checkbox"/> no nein
			<input type="checkbox"/> yes ja	_____	_____		<input type="checkbox"/> yes ja
			<input type="checkbox"/> no nein	hours Stunden			<input type="checkbox"/> no nein
			<input type="checkbox"/> yes ja	_____	_____		<input type="checkbox"/> yes ja
			<input type="checkbox"/> no nein	hours Stunden			<input type="checkbox"/> no nein
			<input type="checkbox"/> yes ja	_____	_____		<input type="checkbox"/> yes ja
			<input type="checkbox"/> no nein	hours Stunden			<input type="checkbox"/> no nein
			<input type="checkbox"/> yes ja	_____	_____		<input type="checkbox"/> yes ja
			<input type="checkbox"/> no nein	hours Stunden			<input type="checkbox"/> no nein
			<input type="checkbox"/> yes ja	_____	_____		<input type="checkbox"/> yes ja
			<input type="checkbox"/> no nein	hours Stunden			<input type="checkbox"/> no nein
			<input type="checkbox"/> yes ja	_____	_____		<input type="checkbox"/> yes ja

If you do not have enough space please use an extra sheet!

Falls Platz nicht ausreicht, bitte auf einem gesonderten Blatt fortsetzen!

F Further information concerning the insurance record of the insured person

Weitere Angaben zum Versicherungsleben

1	Did any German insurance agency ever make a refund of contributions to you? If yes , please indicate - insurance agency - insurance number, reference number	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Sind Ihnen jemals deutsche Beiträge erstattet worden? Falls ja , sind anzugeben: - Versicherungsträger - Versicherungsnummer, Aktenzeichen
2	Are you a victim of National Socialist persecution as defined in the Federal Restitution Law? If yes , - restitution authority - reference number	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Sind Sie Verfolgter des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes? Falls ja , sind anzugeben: - Entschädigungsbehörde - Aktenzeichen
3	Are you an expelled person or refugee as defined in the German Federal Law on Expelled Persons? If yes , please submit a document for Expelled Persons	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Sind Sie Vertriebener oder Flüchtling im Sinne des deutschen Bundesvertriebenengesetzes? Falls ja , Vertriebenenausweis bitte beifügen.

G Periods of child rearing

Zeiten der Kindererziehung

1	Have you raised children? If yes , please indicate particulars about the children:	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Haben Sie Kinder erzogen? Falls ja , Personalien der Kinder bitte angeben:
	Family name, Given names Nachname, Vornamen	Date of birth Geburtsdatum	Place of birth, state Geburtsort, Staat
	child No. 1	day Tag month Monat year Jahr 	1. Kind
	child No. 2	day Tag month Monat year Jahr 	2. Kind
	child No. 3	day Tag month Monat year Jahr 	3. Kind
2	Has another person already lodged an application for taking into account the periods of child-raising for these children? If yes , - family name, given name - insurance number or date of birth	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt? Falls ja , sind anzugeben: - Name, Vorname - Versicherungsnummer oder Geburtsdatum

H Further information

Sonstige Angaben

1	Have you already applied for or received a German, U.S. or other foreign pension? If yes , please indicate - periods benefits were received - type of benefit - insurance agency (name and address) - insurance or reference number	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja from / von to / bis	Haben Sie bereits eine deutsche, amerikanische oder eine andere ausländische Rente beantragt / bezogen? Falls ja , sind anzugeben: - Zeit des Bezuges - Art der Rente - Versicherungsträger (Name und Anschrift) - Versicherungsnummer oder Aktenzeichen
---	---	---	--

2	<p>Have you applied for or received survivors benefits under the German pension insurance?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please indicate</p> <ul style="list-style-type: none"> - family and given name of the deceased husband / wife - date of death - insurance agency - insurance number or date of birth of the deceased husband/wife 	<table border="1"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">day Tag</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">month Monat</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">year Jahr</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">day Tag</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">month Monat</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">year Jahr</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		day Tag	month Monat	year Jahr								day Tag	month Monat	year Jahr							<p>Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der deutschen Rentenversicherung beantragt oder wird eine solche bezogen?</p> <p>Falls ja, sind anzugeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name und Vorname des verstorbenen Ehegatten - Todestag - Versicherungsträger - Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Ehegatten
	day Tag	month Monat	year Jahr																				
	day Tag	month Monat	year Jahr																				
3	<p>Have you applied for or received a pension or lump-sum settlement from the German or foreign workmen's compensation plan?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please indicate</p> <ul style="list-style-type: none"> - insurance agency and country (name and address) - reference number 	<p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Wurde eine Rente aus der deutschen oder ausländischen Unfallversicherung beantragt oder wird eine Unfallrente bezogen oder wurde hierfür eine Abfindung gewährt?</p> <p>Falls ja, sind anzugeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger und Staat (Name und Anschrift) - Aktenzeichen 																				
4	<p>Have you been receiving benefits from Germany (e.g. public assistance, assistance or pension benefits to war victims, sickness benefits) during the last year?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please indicate</p> <ul style="list-style-type: none"> - types of benefits - period of coverage - agency or office - reference number 	<p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Haben Sie während des letzten Jahres Leistungen von einem deutschen Sozialleistungsträger oder einer anderen öffentlichen Stelle bezogen (z. B. Sozialhilfe, Kriegsopferfürsorge, Versorgungsbezüge, Krankengeld)?</p> <p>Falls ja, sind anzugeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art der Leistung - Zeit des Leistungsbezuges - Träger oder Dienststelle - Aktenzeichen 																				

I Information concerning reduced earning capacity

Please fill out this section only if you apply for

- benefits for reduction in earning capacity
- Retirement benefit for reduction in earning capacity

Angaben zur Erwerbsminderung

Nur auszufüllen, wenn

- Rente wegen Erwerbsminderung
- Altersrente wegen Erwerbsminderung beantragt wird

1	<p>Since when do you estimate that your earning capacity is reduced?</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">day Tag</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">month Monat</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">year Jahr</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		day Tag	month Monat	year Jahr							<p>Seit wann halten Sie sich für erwerbsgemindert?</p>
	day Tag	month Monat	year Jahr										
2	<p>Due to which illness do you estimate that your earning capacity is reduced?</p>		<p>Wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert?</p>										
3	<p>Are you currently unable to work due to illness?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, since when?</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <table border="1"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">day Tag</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">month Monat</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">year Jahr</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		day Tag	month Monat	year Jahr							<p>Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank?</p> <p>Falls ja, seit wann?</p>
	day Tag	month Monat	year Jahr										
4	<p>Do you consider yourself still able to perform any work at all?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes,</p> <ul style="list-style-type: none"> - what types of work? - for what periods of time? 	<p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <table border="1"> <tr> <td style="width: 50%;">days per week / Tage pro Woche</td> <td style="width: 50%;">hours per day / Stunden täglich</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	days per week / Tage pro Woche	hours per day / Stunden täglich			<p>Können Sie nach Ihrer Auffassung noch Arbeiten verrichten?</p> <p>Falls ja,</p> <ul style="list-style-type: none"> - welche Arbeiten? - in welchem Umfang? 						
days per week / Tage pro Woche	hours per day / Stunden täglich												

5	<p>Have you recently been under medical treatment?</p> <p>If yes,</p> <p>- name and address of physician</p> <p>- kind of illness</p> <p>- dates of treatment</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>from / von</p> <p>to / bis</p>	<p>Waren Sie in der letzten Zeit in ambulanter ärztlicher Behandlung?</p> <p>Falls ja, sind anzugeben:</p> <p>- Name und Adresse des Arztes</p> <p>- Art der Leiden</p> <p>- Beginn und Ende der Behandlung</p>
6	<p>Have you recently been an in-patient in a hospital ?</p> <p>If yes,</p> <p>- name and address of the hospital</p> <p>- kind of illness</p> <p>- dates of treatment</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>from / von</p> <p>to / bis</p>	<p>Waren Sie in der letzten Zeit in stationärer Krankenhausbehandlung?</p> <p>Falls ja, sind anzugeben:</p> <p>- Name und Adresse des Krankenhauses</p> <p>- Art der Leiden</p> <p>- Beginn und Ende der Behandlung</p>
6	<p>Did you serve an apprenticeship, a special training or a retraining?</p> <p>If yes, please indicate</p> <p>- trade or job you trained for</p> <p>- final examination?</p> <p>If yes,</p> <p>- date of examination</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>day Tag month Monat year Jahr</p>	<p>Bestand ein Lehr- / Ausbildungs-, Anlernverhältnis oder wurde eine Umschulung durchgeführt?</p> <p>Falls ja, ist anzugeben:</p> <p>- erlernter oder angelernter Beruf</p> <p>- erfolgreicher Abschluss?</p> <p>Falls ja,</p> <p>- Datum des Abschlusses</p>
7	<p>Did you receive a payment for nonwork periods (e. g. sick leave payments)?</p> <p>If yes, please indicate</p> <p>- type and reason for payment</p> <p>- period of payment</p> <p><small>(please enclose certificate of employer concerning duration and amount of payment)</small></p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>from / von</p> <p>to / bis</p>	<p>Wurde Ihnen ein Arbeitsentgelt für Zeiten gezahlt, in denen eine Arbeitsleistung nicht erbracht wurde (z. B. Entgeltfortzahlung bei Krankheit)?</p> <p>Falls ja, ist anzugeben:</p> <p>- Art und Grund der Zahlung</p> <p>- Zeitraum der Zahlung</p> <p><small>(Bescheinigung des Arbeitgebers über Dauer und Höhe der Zahlung ist beizufügen)</small></p>
8	<p>Was the reduction in earning capacity caused by an occupational disease, an accident or another person?</p> <p>If yes, please indicate</p> <p>- the cause</p> <p>- the day of accident</p> <p>If the accident was caused by an other person, please indicate the name and address of the person responsible</p> <p>Has a claim for compensation of damages been filed?</p> <p>If yes, against whom? (indicate name and address)</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>day Tag month Monat year Jahr</p> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Ist die Erwerbsminderung durch eine Berufskrankheit, einen Unfall oder eine andere Person verursacht worden?</p> <p>Falls ja, ist anzugeben:</p> <p>- die Ursache</p> <p>- der Tag des Unfalls</p> <p>Falls der Unfall durch eine andere Person verursacht wurde, bitte Name und Anschrift des Schädigers angeben</p> <p>Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht?</p> <p>Falls ja, gegen wen? (Name und Anschrift angeben)</p>

J Declaration of payment

Zahlungserklärung

<p>1 Benefits shall be paid by remittance in favour of my account with a financial institution abroad, i. e. outside the Federal Republic of Germany.</p> <p>Name and address of beneficiary's bank</p> <p>City, state and zip code</p> <p>Routing number & check digit</p> <p>My account number</p> <p>Type of account - Cheque account (C) - Savings account (S)</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Die Leistung soll durch Überweisung auf mein Konto bei einem Geldinstitut im Ausland, d. h. außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gezahlt werden.</p> <p>Name und Anschrift der Bank des Zahlungsempfängers</p> <p>Ort, Staat, Postleitzahl</p> <p>Weiterleitungs- & Prüf-Nummer</p> <p>Meine Kontonummer</p> <p>Art des Kontos - Scheck-Konto - Spar-Konto</p>
<p>2 Benefits shall be paid by remittance in favour of my account with a financial institution in the Federal Republic of Germany.</p> <p>Name and address of financial institution</p> <p>IBAN</p> <p>BIC</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Die Leistung soll durch Überweisung auf mein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland gezahlt werden.</p> <p>Name und Anschrift des Geldinstituts</p> <p>IBAN</p> <p>BIC</p>
<p>3 Benefits shall be paid by forwarding of cheque to my address.</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Die Leistung soll durch Scheckzahlung an meine Anschrift gezahlt werden.</p>
<p>4 - The pension arrears</p> <p>- The current pension shall be paid by remittance to the account / trust account of an authorized person opened in the Federal Republic of Germany.</p> <p>Name, address of the holder of the account</p> <p>Name, address of financial institution</p> <p>IBAN</p> <p>BIC</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p>- Die Rentennachzahlung</p> <p>- Die laufende Rente soll durch Überweisung auf das in der Bundesrepublik Deutschland eingerichtete Konto / Anderkonto eines Bevollmächtigten gezahlt werden.</p> <p>Name, Anschrift des Kontoinhabers</p> <p>Name, Anschrift des Geldinstituts</p> <p>IBAN</p> <p>BIC</p>
<p>5 The above account mentioned under item 1 or 2 is operated on my behalf</p> <p>If not, the above account is operated on behalf of</p> <p>- Surname, given name</p> <p>- Relationship to the applicant</p> <p>- Address</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> no nein</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Das oben unter 1 oder 2 genannte Konto wird unter meinem Namen geführt</p> <p>Falls nein, das oben genannte Konto lautet auf</p> <p>- Name, Vorname</p> <p>- Familienverhältnis zum Antragsteller</p> <p>- Anschrift</p>

<p>6 I have exclusive right of disposal of the above account</p> <p>If not, the account authorization bearer is herewith requested to sign, too.</p> <p>Account authorization was granted to</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surname, given name - Relationship to the applicant - Address 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja </p>	<p>Ich bin allein verfügungsberechtigt über das oben genannte Konto</p> <p>Falls nein, bitte auch den Inhaber der Kontovollmacht unterschreiben lassen.</p> <p>Kontovollmacht wurde erteilt für</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name, Vorname - Familienverhältnis zum Antragsteller - Anschrift
--	--	--

<p>7 I hereby authorize the Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service) to make all payments due to me as a beneficiary of a German pension to the bank indicated above for direct deposit into my account. The payments are to be electronically initiated for credit to the indicated account on the last banking day of the month prior to maturity in the State of New York. I have noted, however, that for technical reasons the first time such an electronic transfer is made to my account in the U.S.A. it will not take place until ten banking days after the first banking day of the month. This authorization will remain in effect until further notice from me is received by the Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service), and this office has reasonable opportunity to act on it.</p> <p>I declare that the claim is satisfied when the pension is transferred in the manner indicated by me in this form.</p> <p>I undertake to inform the</p> <p style="text-align: center;">Deutsche Post AG Niederlassung Renten Service 13497 Berlin GERMANY</p> <p>as pension paying office immediately by letter of any change in my circumstances affecting payment or the amount of the pension or the right to receive a pension. Furthermore I undertake to pay back overpaid amounts to the Deutsche Post AG. For this purpose I have instructed the financial institution that keeps my account to return overpaid amounts by transfer to the Deutsche Post AG, this instruction also being effective for my heirs. It may only be revoked by myself and not by my heirs.</p> <p>To payments by the Federal Miners' Insurance Institution this obligation applies in a general manner. To inform the Federal Miners' Insurance Institution, following address has to be used:</p> <p style="text-align: center;">Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See 44781 Bochum GERMANY</p>	<p>Ich ermächtige die Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service), alle mir als Empfänger einer Rente aus der Bundesrepublik Deutschland zustehenden Zahlungen an das oben genannte Geldinstitut zur Gutschrift auf mein Konto zu überweisen. Die Zahlungen sind auf elektronischem Wege am letzten Bankarbeitstag vor dem Fälligkeitsmonat im Staat New York zur Gutschrift auf das angegebene Konto anzuweisen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die erste derartige Überweisung auf ein Konto in den U.S.A. aus technischen Gründen zehn Bankarbeitstage nach dem ersten Bankarbeitstag des Monats erfolgt. Diese Ermächtigung behält solange ihre Gültigkeit, bis die Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service) anders lautende Weisung von mir erhält und ausreichend Gelegenheit dazu hat, danach zu verfahren.</p> <p>Ich erkläre, dass der Anspruch erfüllt ist, wenn die Leistung in der vorstehend von mir gewünschten Form angewiesen wird.</p> <p>Ich verpflichte mich, der</p> <p style="text-align: center;">Deutsche Post AG Niederlassung Renten Service 13497 Berlin DEUTSCHLAND</p> <p>als Rentenüberweisungsstelle jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder die Höhe der Rente oder den Rentenanspruch selbst beeinflusst, unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Ferner verpflichte ich mich, zuviel gezahlte Beträge an die Deutsche Post AG zurückzuzahlen. Dazu habe ich das jeweils kontoführende Geldinstitut - mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber - beauftragt, die zuviel gezahlten Beträge an die Deutsche Post AG zurückzuüberweisen. Dieser Auftrag kann nur von mir - aber nicht von meinen Erben - widerrufen werden</p> <p>Bei Zahlungen durch die Bundesknappschaft gilt diese Verpflichtung sinngemäß. Für Mitteilungen an die Bundesknappschaft ist folgende Anschrift zu verwenden:</p> <p style="text-align: center;">Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See 44781 Bochum DEUTSCHLAND</p>
---	--

 Date / Datum Signature of the applicant / Unterschrift des Antragstellers Signature of spouse, if a joint account / Unterschrift des Ehegatten bei Gemeinschaftskonto Signature of the account authorization bearer / Unterschrift des Inhabers der Kontovollmacht

K Declaration

I assure that I have answered all the questions in this application to the best of my knowledge. I am aware that if I have deliberately given false information, I become liable to prosecution by the authorities of the Federal Republic of Germany.

I obligate myself to inform the insurance agency which is responsible for the payment of benefits immediately of all changes which have an effect on the receipt of benefits and to pay back overpaid amounts to the insurance agency.

I herewith authorize the U.S. Social Security Administration to give any and all information contained in its files to the competent German pension insurance agency, pertaining to citizenship, statelessness or refugee-status, the insured status (U.S. Earnings Record), retirement, survivors or disability insurance and child' insurance benefit claims and there amounts. If it is necessary for the benefit claimed, furthermore

I authorize the U.S. Social Security Administration to obtain medical reports from physicians and hospitals for the competent German pension insurance agency.

I agree that any information and evidence submitted, which applies to this claim or which is needed after a decision is reached concerning this claim can be given by the U.S. Social Security Administration to the competent German insurance agency, and by the competent German insurance agency to the U.S. Social Security Administration, for their use in determining benefit rights.

If it is necessary for the benefit claimed, **I agree** that all medical evaluations and reports submitted for the claim or contained in the files may be examined and used by the competent German insurance agencies or U.S. Social Security Administration. I further agree that the treating physicians, psychologists and institutions may furnish any necessary information about my health to these agencies. This includes sending any document currently in their possession.

Erklärung

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei wissentlich falschen Angaben durch die Behörden der Bundesrepublik Deutschland strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ich verpflichte mich, dem Versicherungsträger nach Antragstellung und Bewilligung der Leistung unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Versicherungsträger zurückzuzahlen.

Ich ermächtige hiermit die U.S. Social Security Administration, dem zuständigen Deutschen Rentenversicherungsträger jede Information, betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, den U.S.-Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rentenleistung und Kinderrente sowie dessen Höhe zu geben, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Leistung erforderlich, **ermächtige ich** die U.S. Social Security Administration zudem, ärztliche Berichte von Ärzten und Krankenhäusern für den zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger zu beschaffen.

Ich bin damit einverstanden, dass alle vorgelegten Unterlagen und Beweismittel, die sich auf diesen Antrag beziehen oder die nach einer Entscheidung über diesen Antrag erforderlich werden, von der U.S. Social Security Administration dem zuständigen deutschen Versicherungsträger und vom zuständigen deutschen Versicherungsträger der U.S. Social Security Administration zur Verfügung gestellt werden können, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.

Soweit für die beantragte Leistung erforderlich, **bin ich damit einverstanden**, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die zum Antrag vorgelegt werden oder in den Akten enthalten sind, von dem zuständigen deutschen Versicherungsträger oder der U.S. Social Security Administration eingesehen und verwertet werden können. Ich bin ferner damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte, Psychologen und Einrichtungen diesen Versicherungsträgern jede erforderliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilen. Dies schließt auch die Übersendung von dort vorliegenden Unterlagen ein.

**Signature of the applicant /
Unterschrift des Antragstellers**

Date / Datum

Signature / Unterschrift

L Confirmation by the U.S. Social Security Administration

Bestätigung der U.S. Social Security Administration

Day of application in accordance with Article 14 Section 1 of the Agreement	<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				Tag der Antragstellung nach Art. 14 Abs. 1 des Abkommens
day Tag	month Monat	year Jahr						
<p>Applicant's personal data (family name, given name, date of birth as well as the citizenship) are confirmed by</p> <p>a valid passport</p> <p>other documents (please specify)</p>	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>			<p>Die Angaben zur Person des Rentenbewerbers (Familiennamen, Vorname, Geburtsdatum sowie die Staatsangehörigkeit) werden bestätigt durch:</p> <p>gültigen Reisepass</p> <p>sonstige Urkunden (bitte angeben)</p>			
<input type="checkbox"/>								
Date	<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				Datum
day Tag	month Monat	year Jahr						
Signature		Unterschrift						
Stamp of the U. S. Social Security Administration		Stempel der U. S. Social Security Administration						