

Application for insured person's pension

from the German Pension Insurance

Please follow the enclosed guide when completing this application. Please answer all questions accurately, marking everything that is applicable and submitting all of the required proof.

Antrag auf Versichertenrente

aus der Deutschen Rentenversicherung

Die beiliegenden Erläuterungen sollen Ihnen beim Ausfüllen des Antrages helfen. Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen Sie alle notwendigen Nachweise bei.

A Information about the insured person

Angaben zum Versicherten

1	Philippine Social Security Number <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> GSIS	<input type="text"/>	Philippinische Sozialversicherungsnummer <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> GSIS						
2	German Insurance Number	<input type="text"/>	Deutsche Versicherungsnummer						
3	Reference (if known)	<input type="text"/>	Kennzeichen (soweit bekannt)						
4	Surname	<input type="text"/>	Nachname						
5	First name(s) (Please underline name normally used.)	<input type="text"/>	Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)						
6	Name at birth (if different)	<input type="text"/>	Geburtsname (wenn abweichend)						
7	Other names used in the past	<input type="text"/>	Frühere Namen						
8	Date of birth (Please submit birth certificate or have it confirmed in Part J.)	<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen.)
day Tag	month Monat	year Jahr							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
9	Place of birth (city, country, state)	<input type="text"/>	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)						
10	Sex	<input type="checkbox"/> male männlich <input type="checkbox"/> female weiblich	Geschlecht						
11	Present (dual) citizenship (Please submit proof or have it confirmed in Part J.)	<input type="text"/>	Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen.)						
12	Present address	<input type="text"/>	Derzeitige Anschrift						
13	Telephone number	<input type="text"/>	Telefonnummer						
14	Fax number	<input type="text"/>	Telefaxnummer						
15	Marital status	<input type="checkbox"/> not married (single, widowed or divorced), not living in a registered civil partnership / nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden), nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> married / remarried / living in a registered civil partnership verheiratet / wieder verheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend	Familienstand						

B Application filed by another person
 (Please submit full power of attorney / proof.)

Antragstellung durch andere Person
 (Bitte Vollmacht / Nachweis beifügen.)

1	Surname		Nachname
2	First name(s) (Please underline name normally used.)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)
3	Postal address		Anschrift
4	Telephone number		Telefonnummer
5	Fax number		Telefaxnummer

C Type of pension claimed and commencement of pension
Beantragte Rentenart und Rentenbeginn

1	Old-age pension	<input type="checkbox"/>	Altersrente
2	Disability pension (Please fill out part K as well.)	<input type="checkbox"/>	Rente wegen Erwerbsminderung (Bitte auch Teil K ausfüllen.)
3	Child-raising pension if divorced after June 30, 1977 and raising or caring for a child	<input type="checkbox"/>	Erziehungsrente für nach dem 30.06.1977 Geschiedene, die Kinder erziehen oder betreuen
4	The old-age pension should begin – at the earliest possible date with pension reduction or – at the earliest possible date without pension reduction or – as of	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> day month year Tag Monat Jahr	Die Altersrente soll beginnen – zum frühestmöglichen Zeitpunkt mit Rentenminderung oder – zum frühestmöglichen Zeitpunkt ohne Rentenminderung oder – zum
5	I hereby declare that my employment(s) for remuneration and self-employment(s) - ended on (Please submit notification of cessation of work or business.) - will end on	<input type="checkbox"/> day month year Tag Monat Jahr <input type="checkbox"/> day month year Tag Monat Jahr	Ich erkläre hiermit , dass ich meine Beschäftigung(en) gegen Entgelt und/oder selbständige(n) Tätigkeit(en) - aufgegeben habe zum (Bitte Bescheinigung über Aufgabe der Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit beifügen.) - aufgeben werde zum
6	Also after the beginning of the German old-age pension I intend (to continue) to be in employment or self- employment. If yes, please further information: - dependent employment (inclusive of early retirement benefits from the employer) monthly gross income (Please submit certificate from the employer.) - self-employment (business establishment, freelance work, agriculture and forestry etc.) monthly prospective profit according to tax law (Please submit last Tax Return Form or certificate from the tax consultant.)	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja <input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja <input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	Auch nach Beginn der deutschen Altersrente beabsichtige ich (weiterhin) eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit auszuüben. Wenn ja, bitte weitere Angaben: - abhängige Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen.) - selbständige Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuererklärung oder Bescheini- gung des Steuerberaters beifügen.)

D Additional information about the insured person

Ergänzende Angaben zum Versicherten

1	When did you leave Germany?	<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				Wann haben Sie Deutschland verlassen?
day Tag	month Monat	year Jahr							
2	Last residence in Germany (place, district, street)		Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)						
3	German personal identification number for tax purposes (if known)		Deutsche Persönliche Identifikationsnum- mer für steuerliche Zwecke (soweit bekannt)						
4	Are you a victim of National Socialist persecution as defined in the Federal Restitution Law or of political prosecution in the former GDR as defined in the Federal Law on the reconciliation of occupational disadvantages? If yes , please indicate: – restitution authority – reference number	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	Sind Sie Verfolgter des Nationalsozialis- mus im Sinne des Bundesentschädi- gungsgesetzes oder politisch Verfolgter der ehemaligen DDR im Sinne des Beruflichen Rehabilitierungsgesetzes? Falls ja , bitte angeben: – Entschädigungsbehörde – Aktenzeichen						
5	Are you an expelled person or refugee as defined in the German Federal Law on Expelled Persons? (Please submit document for expelled persons .)	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	Sind Sie Vertriebener oder Flüchtling im Sinne des deutschen Bundesvertriebenengesetzes? (Bitte Vertriebenenausweis beifügen.)						
6	Are you at least 50 % severely disabled under German law? (Please submit proof.) Do you consider yourself unfit for work in your usual occupation or totally unfit for work? – If yes , since Did you conclude an agreement with your employer on German part-time employment for older employees before January 1, 2007? (Please submit proof.)	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja <input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja <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> <input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	day Tag	month Monat	year Jahr				Sind Sie nach deutschen Gesetzen mindestens 50 % als schwerbehinderter Mensch anerkannt? (Bitte Nachweis beifügen.) Halten Sie sich für berufs- oder erwerbsunfähig? – Falls ja , seit Haben Sie vor dem 01.01.2007 mit Ihrem Arbeitgeber eine Vereinbarung über deutsche Altersteilzeit getroffen? (Bitte Nachweis beifügen.)
day Tag	month Monat	year Jahr							

E Information on the German periods of coverage

Please indicate hereafter all

- periods of employment
- periods of self-employment
- voluntary contributions
- substitute periods (e. g. military service, war captivity, expulsion)

Please restrict this to the periods which are **not** contained in your insurance record and enclose appropriate proof.

If required, you may request an insurance record from your German insurance agency.

E Angaben zum deutschen Versicherungsleben

Bitte machen Sie hier Angaben über

- Beschäftigungszeiten
- Zeiten der selbständigen Tätigkeit
- freiwillige Beitragszahlungen
- Ersatzzeiten (z. B. Wehrdienst, Kriegsgefangenschaft, Vertreibung)

Beschränken Sie sich dabei auf die Zeiten, die **nicht** in Ihrem Versicherungsverlauf enthalten sind und fügen Sie bitte entsprechende Beweismittel bei.

Einen Versicherungsverlauf können Sie bei Bedarf von Ihrem deutschen Versicherungsträger anfordern.

Period from - to Zeitraum vom - bis	Please describe the type of employment or self-employment (for substitute periods please indicate type of period) Genau Bezeichnung der ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit (Bei Ersatzzeiten bitte die Art der Zeit angeben.)	Name and address of employer/enterprise, in the case of self-employment please indicate "self-employed" Name und Anschrift des Arbeitgebers/Unternehmens, bei Selbständigkeit bitte „selbständig“ angeben	Name and address of your health insurance (e. g. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse) Name und Anschrift der Krankenkasse, bei der Sie versichert waren (z. B. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)

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

Falls Platz nicht ausreicht, bitte auf gesondertem Blatt fortsetzen!

F Further information on the insurance period
(Please submit proof if not already previously submitted.)

Weitere Angaben zum Versicherungsleben
(Bitte Nachweise beifügen, soweit nicht bereits früher übersandt.)

1	<p>Did you ever receive a refund of contributions from the German pension insurance? If yes, please indicate</p> <ul style="list-style-type: none"> - insurance agency - insurance number, reference number 	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p>	<p>Sind Ihnen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden? Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger - Versicherungsnummer, Aktenzeichen 								
2	<p>Has a pension rights adjustment been carried out on your behalf under German law? If yes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Is your former partner still alive? - Name and address of the former partner <p>- Are you obliged to pay alimony to your former partner or have you paid her/him compensation? (Please submit judgement for support or alimony agreement and proof of payment.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p>	<p>Wurde für Sie ein Versorgungsausgleich nach deutschem Recht durchgeführt? Falls ja:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lebt Ihr früherer Partner noch? - Name und Anschrift des früheren Partners <p>- Sind Sie Ihrem früheren Partner zum Unterhalt verpflichtet oder haben Sie diesem eine Abfindung gezahlt? (Bitte Unterhaltstitel oder -vereinbarung und Zahlungsnachweis beifügen.)</p>								
3	<p>Did you undergo vocational training in Germany (even if not completed)?</p> <p>Period</p> <p>Type of vocational training (Please submit proof.)</p> <p>If applicable, completion on (Please submit proof.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <p>from/vom to/bis</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">day Tag</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">month Monat</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">year Jahr</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr						<p>Haben Sie in Deutschland eine Berufsausbildung gemacht (auch ohne Abschluss)? Zeitraum</p> <p>Art der Berufsausbildung (Bitte Nachweis beifügen.)</p> <p>ggf. Abschluss am (Bitte Nachweis beifügen.)</p>
day Tag	month Monat	year Jahr									
4	<p>Have you been unfit for work in Germany or have you received benefits for rehabilitation which are not contained in the insurance record?</p> <p>Periods (Please submit proof.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <p>from/vom to/bis</p> <p>from/vom to/bis</p>	<p>Waren Sie in Deutschland arbeitsunfähig oder haben Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>								
5	<p>Have you been registered as unemployed in Germany and is this period not contained in the insurance record?</p> <p>Periods (Please submit proof.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <p>from/vom to/bis</p> <p>from/vom to/bis</p>	<p>Waren Sie in Deutschland arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>								
6	<p>Did you graduate in Germany, Philippines or other foreign countries from school, vocational school, technical college or college after turning 17 and is this period not contained in the insurance record?</p> <p>Periods (Please submit proof.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <p>from/vom to/bis</p> <p>from/vom to/bis</p>	<p>Haben Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung in Deutschland, den Philippinen oder einem anderen Staat absolviert und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>								

7	<p>Between the age of 17 and 25, were you unfit for work for at least one calendar month in Germany, in the Philippines or in other foreign countries and is this period not contained in the insurance record?</p> <p>Periods (Please submit proof.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <table border="1"> <tr> <td>from/vom</td> <td>to/bis</td> </tr> <tr> <td>from/vom</td> <td>to/bis</td> </tr> </table>	from/vom	to/bis	from/vom	to/bis	<p>Waren Sie zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat in Deutschland, in den Philippinen oder einem anderen Staat krank und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>
from/vom	to/bis						
from/vom	to/bis						
8	<p>Did you reside in one of the following countries after turning 16: Australia, Denmark, Finland, Iceland, Israel, Canada/Quebec, Liechtenstein, Norway, Sweden, Switzerland or, after turning 15, in the Netherlands?</p>	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p>	<p>Haben Sie nach Vollendung des 16. Lebensjahres in einem der folgenden Länder gewohnt: Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada/Québec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, der Schweiz oder nach dem 15. Lebensjahr in den Niederlanden?</p>				
Period	from/vom	to/bis	country/Staat	Zeitraum			
	insurance agency/Versicherungsträger		insurance number/Versicherungsnummer				
Period	from/vom	to/bis	country/Staat	Zeitraum			
	insurance agency/Versicherungsträger		insurance number/Versicherungsnummer				
9	<p>Were you also employed outside Germany?</p> <p>If yes, please provide details. Periods in special systems are also to be indicated (e. g. civil servant provision/ equivalent persons, EU officials, self-employed, farmers).</p>	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p>	<p>Waren Sie auch außerhalb Deutschlands erwerbstätig?</p> <p>Falls ja, bitte weitere Angaben machen. Anzugeben sind auch Zeiten in Sonder-systemen (z. B. für Beamte/gleichgestellte Personen, EU-Bedienstete, Selbständige, Landwirte).</p>				
Period	from/vom	to/bis	country/Staat	Zeitraum			
	insurance agency/Versicherungsträger		insurance number/Versicherungsnummer				
Period	from/vom	to/bis	country/Staat	Zeitraum			
	insurance agency/Versicherungsträger		insurance number/Versicherungsnummer				
Period	from/vom	to/bis	country/Staat	Zeitraum			
	insurance agency/Versicherungsträger		insurance number/Versicherungsnummer				
Period	from/vom	to/bis	country/Staat	Zeitraum			
	insurance agency/Versicherungsträger		insurance number/Versicherungsnummer				
Period	from/vom	to/bis	country/Staat	Zeitraum			
	insurance agency/Versicherungsträger		insurance number/Versicherungsnummer				

G Periods of child-raising if not already applied for earlier
 (In the case of child-raising in Germany, further information is necessary. The German agency will send form V800.)

Zeiten der Kindererziehung, soweit nicht bereits früher beantragt
 (Bei Erziehung in Deutschland werden weitere Angaben notwendig. Der deutsche Träger übersendet das Formblatt V800.)

The following children have been raised:		Folgende Kinder wurden erzogen:																			
1	Surname of the child	Nachname des Kindes																			
	First name(s) (Please underline name normally used.)	Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)																			
	Date of birth (Please submit birth certificate or confirm in Part J.)	<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> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr							Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen.)									
day Tag	month Monat	year Jahr																			
	Place of birth (city, country, state)	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)																			
	Were you employed during the pregnancy and did you have to interrupt the employment due to the statutory maternity protection period?	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja from / vom to / bis	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?																		
	I was the person predominantly responsible for bringing the child up from its birth until the age of 10.	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.																		
In the following countries / In folgenden Staaten		from / vom	to / bis																		
		<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> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr							<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> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr						
day Tag	month Monat	year Jahr																			
day Tag	month Monat	year Jahr																			
		<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> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr							<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> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr						
day Tag	month Monat	year Jahr																			
day Tag	month Monat	year Jahr																			
2	Surname of the child	Nachname des Kindes																			
	First name(s) (Please underline name normally used)	Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)																			
	Date of birth (Please submit birth certificate or have it confirmed in Part J.)	<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> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr							Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen.)									
day Tag	month Monat	year Jahr																			
	Place of birth (city, country, state)	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)																			
	Were you employed during the pregnancy and did you have to interrupt the employment due to the statutory maternity protection period?	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja from / vom to / bis	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?																		
	I was the person predominantly responsible for bringing the child up from its birth until the age of 10.	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.																		
In the following countries / In folgenden Staaten		from / vom	to / bis																		
		<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> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr							<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> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr						
day Tag	month Monat	year Jahr																			
day Tag	month Monat	year Jahr																			
		<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> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr							<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> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr						
day Tag	month Monat	year Jahr																			
day Tag	month Monat	year Jahr																			

3	Surname of the child		Nachname des Kindes																					
	First name(s) (Please underline name normally used.)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)																					
	Date of birth (Please submit birth certificate or have it confirmed in Part J.)	<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				Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen.)															
day Tag	month Monat	year Jahr																						
	Place of birth (city, country, state)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)																					
	Were you employed during the pregnancy and did you have to interrupt the employment due to the statutory maternity protection period?	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja from / vom to / bis	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?																					
	I was the person predominantly responsible for bringing the child up from its birth until the age of 10.	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.																					
	In the following countries / In folgenden Staaten	<table border="1"> <tr> <td></td> <td colspan="3">from / vom</td> <td colspan="3">to / bis</td> </tr> <tr> <td></td> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		from / vom			to / bis				day Tag	month Monat	year Jahr	day Tag	month Monat	year Jahr								
	from / vom			to / bis																				
	day Tag	month Monat	year Jahr	day Tag	month Monat	year Jahr																		
		<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																			
day Tag	month Monat	year Jahr																						
		<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																			
day Tag	month Monat	year Jahr																						
4	Has another person already submitted an application taking into account the periods of child-raising for these children? If yes , please indicate: – surname, first name – German insurance number or date of birth	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja <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				Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt? Falls ja , bitte angeben: – Nachname, Vorname – Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum															
day Tag	month Monat	year Jahr																						
5	Did you, your spouse or your registered civil union partner pay compulsory contributions to the German statutory pension insurance for employment / an occupation outside Germany immediately before or during a child-raising period?	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	Haben Sie, Ihr Ehegatte oder ihr Eingetragener Lebenspartner unmittelbar vor oder während der Erziehungszeit für eine Beschäftigung/Tätigkeit außerhalb Deutschlands Pflichtbeiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?																					

H Further information on other claims

Weitere Angaben zu sonstigen Ansprüchen

<p>1 Have you already applied for, are you receiving or have you received a Philippine or other foreign pension?</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periods during which this was received - type of pension - insurance agency (name and address) - insurance or reference number 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <p>from/vom _____ to/bis _____</p>	<p>Haben Sie bereits eine philippinische oder eine andere ausländische Rente beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeit des Bezuges - Art der Rente - Versicherungsträger (Name und Anschrift) - Versicherungsnummer oder Aktenzeichen 												
<p>2 Have you applied for, are you receiving or have you received survivor's pensions under the German pension insurance?</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - surname and first name of the deceased spouse - date of death - insurance agency - insurance number or date of birth of the deceased partner 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <p style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">day Tag</td> <td style="text-align: center;">month Monat</td> <td style="text-align: center;">year Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> </p> <p style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">day Tag</td> <td style="text-align: center;">month Monat</td> <td style="text-align: center;">year Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> </p>	day Tag	month Monat	year Jahr				day Tag	month Monat	year Jahr				<p>Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der deutschen Rentenversicherung beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nachname und Vorname des verstorbenen Ehegatten - Sterbedatum - Versicherungsträger - Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Partners
day Tag	month Monat	year Jahr												
day Tag	month Monat	year Jahr												
<p>3 Have you applied for or received a pension or lump-sum settlement from the Philippine, the German or a foreign accident insurance?</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - insurance agency and country (name and address) - reference number 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p>	<p>Haben Sie eine Leistung aus der philippinischen, deutschen oder einer anderen ausländischen Unfallversicherung beantragt oder wird eine Unfallrente bezogen oder wurde hierfür eine Abfindung gewährt?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger und Staat (Name und Anschrift) - Aktenzeichen 												

I Declaration

Erklärung

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

I am aware that the SSS/GSIS may 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 (Philippine insurance record), the entitlement to pension and the amount. If it is necessary for the pension claimed, **I also authorize the SSS/GSIS** 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 SSS/GSIS to the competent German insurance agency and vice versa to enable a decision on the entitlement to benefits.

If it is necessary for the pension claimed, **I agree** that all medical evaluations and reports submitted for the claim which are contained in the files or issued during the pension procedure may be examined and used by the competent German insurance agencies or the SSS/GSIS. I further agree that the attending physicians, psychologists and institutions may furnish any necessary information about my health to these agencies. This includes sending any medical document currently in their possession or issued during the pension procedure.

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 Rente unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Versicherungsträger zurückzuzahlen.

Mir ist bekannt, dass das SSS/GSIS dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, den philippinischen Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rente sowie dessen Höhe erteilen darf, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Rente erforderlich, **darf** das SSS/GSIS zudem ärztliche Berichte von Ärzten und Krankenhäusern für den zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger 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 dem SSS/GSIS dem zuständigen deutschen Versicherungsträger und umgekehrt zur Verfügung gestellt werden können, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.

Soweit für die beantragte Rente erforderlich, **bin ich damit einverstanden**, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die zum Antrag vorgelegt werden, in den Akten enthalten sind oder während des Rentenverfahrens erstellt werden, von dem zuständigen deutschen Versicherungsträger oder dem SSS/GSIS 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 oder während des Rentenverfahrens erstellten medizinischen Unterlagen ein.

Signature of the applicant / Unterschrift des Antragstellers

Date/Datum

Signature/Unterschrift

In the case of an application for a **disability pension**, please also complete Part K!

Bei Antrag auf **Rente wegen Erwerbsminderung** bitte auch Teil K ausfüllen!



J Confirmation by the SSS/GSIS

Bestätigung durch das SSS/GSIS

Date of application in accordance with article 17 section 1 of the agreement	day Tag	month Monat	year Jahr		Tag der Antragstellung nach Artikel 17 Absatz 1 des Abkommens
<p>The applicant's personal data (surname, first name, date of birth, as well as citizenship) is confirmed by</p> <p>- valid passport</p> <p>- other document(s) (please specify)</p>	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p>				<p>Die Angaben zur Person des Rentenbewerbers (Nachname, Vorname, Geburtsdatum, sowie die Staatsangehörigkeit) werden bestätigt durch:</p> <p>- gültigen Reisepass</p> <p>- sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)</p>
The information in part G concerning the children (surname, first names, date of birth) is confirmed based on the documents presented.	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p>				Die Angaben zu den Kindern in Teil G (Nachname, Vornamen, Geburtsdatum) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.
Date	day Tag	month Monat	year Jahr		Datum
Signature					Unterschrift
Stamp of the SSS/GSIS					Stempel des SSS/GSIS

K Information on a disability

Please fill out this part only if you are applying for disability pension.

If you have medical documents/hospital reports at your disposal, please enclose copies.

Angaben zur Erwerbsminderung

Bitte nur auszufüllen, wenn Rente wegen Erwerbsminderung beantragt wird.

Sollten Sie über aktuelle ärztliche Unterlagen/Krankenhausberichte verfügen, legen Sie diese bitte in Kopie bei.

<p>1 Are you currently unable to work due to illness? If yes, since when?</p>	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <p>day Tag month Monat year Jahr</p>	<p>Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank? Falls ja, seit wann?</p>
<p>2 Since when do you estimate that your earning capacity has been reduced?</p>	<p>day Tag month Monat year Jahr</p>	<p>Seit wann halten Sie sich für erwerbsgemindert?</p>
<p>3 Did you receive income from this date resulting from</p> <p>– dependent employment (inclusive early retirement benefit from the employer) monthly gross income (Please submit certificate from the employer.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p>	<p>Haben Sie ab diesem Zeitpunkt Erwerbseinkommen bezogen aus</p> <p>– abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgeld vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen.)</p>
<p>– self-employment (business establishment, freelance work; agriculture and forestry) monthly prospective profit according to tax law (Please submit last Tax Return Form or certificate from the tax consultant.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p>	<p>– selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, Selbständige Arbeit; Land- und Forstwirtschaft) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuererklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen.)</p>
<p>4 Did you receive short-term income from this date resulting from</p> <p>– statutory benefits for inability to work due to illness, accident, occupational disease etc. Type of benefit Period of drawing the benefit Monthly gross income which was the basis for the statutory benefit - Assessment basis (Please submit proof.)</p> <p>– statutory benefits for unemployment, short time work, inability to work due to bad weather – statutory benefits for maternity Type of benefit Period of drawing the benefit Monthly gross income which was the basis for the statutory benefit - Assessment basis (Please submit proof.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <p>from/vom to/bis</p> <p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <p>from/vom to/bis</p>	<p>Haben Sie ab diesem Zeitpunkt kurzfristiges Erwerbseinkommen bezogen aus</p> <p>– gesetzlicher Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfalls, Berufskrankheit usw. Art der Leistung Bezugszeitraum Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - Bemessungsgrundlage (Bitte Nachweis beifügen.)</p> <p>– gesetzlicher Leistung wegen Arbeitslosigkeit, Kurzarbeitergeld, witterungsbedingten Arbeitsausfalls – gesetzlicher Leistung wegen Mutterschaft Art der Leistung Bezugszeitraum Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - Bemessungsgrundlage (Bitte Nachweis beifügen.)</p>
<p>5 Due to which illness do you consider your earning capacity to be reduced? (Please submit your medical findings and documentation.)</p>		<p>Wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert? (Bitte fügen Sie ihre ärztlichen Befunde und Unterlagen bei.)</p>

6	What types of work do you consider yourself still able to perform?		Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten?						
	To what extent?	hours per day / Stunden täglich	In welchem Umfang?						
7	Have you successfully completed vocational training, retraining, any further qualifications or were you a trainee?	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja <input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja <small>from/vom</small> <small>to/bis</small>	Haben Sie erfolgreich eine Berufsausbildung, Umschulung, weitere Qualifizierung absolviert oder bestand ein Anlernverhältnis?						
	Commencement and end profession or job you trained for (Please submit proof.)		Beginn und Ende erlernter oder angelernter Beruf (Bitte Nachweis beifügen.)						
8	Was the impairment of health caused by an occupational disease, an accident or another person? If yes , please indicate: – the cause	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	Ist die Gesundheitsstörung durch eine Berufskrankheit, einen Unfall oder eine andere Person verursacht worden? Falls ja , bitte angeben: – die Ursache						
	– the date of the accident	<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				– den Tag des Unfalls
	day Tag	month Monat	year Jahr						
	If the accident was caused by another person, please indicate the name and address of the person responsible.		Falls der Unfall durch eine andere Person verursacht wurde, bitte Name und Anschrift des Schädigers angeben.						
Has a claim for compensation for damages been filed? If yes , against whom? (Please indicate name and address.)	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht? Falls ja , gegen wen? (Bitte Name und Anschrift angeben.)							
9	Have you received medical outpatient treatment recently or have medical examinations been arranged for you in recent years? (Please submit medical documents.) If yes , please indicate: – name and address of physician	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	Waren Sie in der letzten Zeit in ambulanter ärztlicher Behandlung oder wurden in den letzten Jahren ärztliche Untersuchungen veranlasst? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei.) Falls ja , bitte angeben: – Name und Anschrift des Arztes						
	– type of illness		– Art der Leiden						
	– start and end of treatment	<small>from/vom</small> <small>to/bis</small>	– Beginn und Ende der Behandlung						
10	Have you received inpatient treatment in a hospital in recent years? (Please submit medical documents.) If yes , please indicate: – name and address of the hospital	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	Waren Sie in den letzten Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei.) Falls ja , bitte angeben: – Name und Anschrift des Krankenhauses						
	– type of illness		– Art der Leiden						
	– start and end of treatment	<small>from/vom</small> <small>to/bis</small>	– Beginn und Ende der Behandlung						

**Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau**

Postfach 10 13 40
34013 Kassel

Telefon: +49 561 9359-0
Telefax: +49 561 9359-217



ENCLOSURE/ANLAGE

Application for insured person's pension
from the old-age insurance scheme for farmers
- Alterssicherung der Landwirte (AdL) -

Antrag auf Versichertenrente
aus der Alterssicherung der Landwirte (AdL)

Please only complete this ENCLOSURE if you have paid contributions to an old-age insurance scheme for farmers as a self-employed farmer or as the spouse of a self-employed farmer in Germany

Bitte diese ANLAGE nur ausfüllen, wenn Sie als selbständiger Landwirt oder als Ehegatte eines selbständigen Landwirts in Deutschland Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) gezahlt haben.

A Information about your person

Angaben zur Person

1	Identification number	2	2	1	/												Identifikationsnummer
2	Information about the spouse of the applicant															Angaben zum Ehegatten des Antragstellers	
3	Surname															Nachname	
4	First name															Vorname	
5	Date of birth															Geburtsdatum	
6	Place of birth															Geburtsort	
7	Citizenship															Staatsangehörigkeit	
8	if applicable, date of death															ggf. Sterbedatum	

B Information about contribution payments

Angaben zur Beitragszahlung

1	Have you or your spouse paid contributions into an old-age insurance scheme for farmers?	Applicant / Antragsteller	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes, to the.... ja, und zwar zur:	Haben Sie oder Ihr Ehegatte Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) gezahlt?
	Name of the old-age insurance scheme for farmers reference number			Name der LAK Aktenzeichen
		Spouse / Ehegatte	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes, to the.... ja, und zwar zur:	
	Name of the old-age insurance scheme for farmers reference number			Name der LAK Aktenzeichen
2	Have you or your spouse worked as a self-employed farmer outside Germany?	Applicant / Antragsteller	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes, in: ja, und zwar in: _____ (Country/Land)	Haben Sie oder Ihr Ehegatte eine Tätigkeit als selbständiger Landwirt außerhalb Deutschlands ausgeübt?
		Spouse / Ehegatte	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes, in: ja, und zwar in: _____ (Country /Land)	

C Payment of the pension

Auszahlung der Rente

1	Into which account should the benefit to which the application relates be paid? (Unfortunately, the payment cannot be made by cheque)	Name and address of financial institution / Name und Anschrift des Geldinstituts	Auf welches Konto soll die beantragte Geldleistung überwiesen werden? (Die Leistung der AdL kann leider nicht durch Scheckzahlung erfolgen.)
2	Bank code		Bankleitzahl
3	Account number		Kontonummer
4	Account holder, if different from applicant		Kontoinhaber, wenn nicht mit Antragsteller identisch
5	SWIFT Bank Identifier Code - BIC		SWIFT Bank Identifier Code - BIC
6	International Bank Account Number - IBAN		International Bank Account Number - IBAN

D Signature

Unterschrift

1	Signature of the applicant		Unterschrift des Antragstellers
2	Signature of the spouse		Unterschrift des Ehegatten