

Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig-Hannover
 Postal address: 38091 Braunschweig
 GERMANY

Telephone: +49 531 7006 220
 Facsimile: +49 531 7006 425
 Email: info@drv-bsh.de

Deutsche Rentenversicherung
Bund
 Postal address: 10704 Berlin
 GERMANY

Telephone: +49 30 865 1
 Facsimile: +49 30 865 27240
 Email: info@drv-bund.de

Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See
 Postal address: 44781 Bochum
 GERMANY

Telephone: +49 234 304-0
 Facsimile: +49 234 304-53050
 Email: rentenversicherung@kbs.de



PH/DE 2

Application for Survivor's Pension
 from the German Pension Insurance

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

Antrag auf Hinterbliebenenrente
 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 late insured person

Angaben zur Person des verstorbenen 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 N.)	<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 N 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	Date of death (Please submit death certificate or have it confirmed in part N.)	<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"/>	Sterbedatum (Bitte Sterbeurkunde beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)
day Tag	month Monat	year Jahr							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
11	Sex	<input type="checkbox"/> male männlich <input type="checkbox"/> female weiblich	Geschlecht						
12	(Dual) citizenship at time of death (Please submit proof or have it confirmed in part N.)	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit(en) im Zeitpunkt des Todes (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)						
13	When did the deceased person leave Germany?	<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"/>	Wann hat der verstorbene Versicherte Deutschland verlassen?
day Tag	month Monat	year Jahr							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
14	Last residence in Germany (place, district, street)	<input type="text"/>	Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)						

B Personal data of the widow/widower / the surviving civil partner

(Please enter information about orphan(s) in Part G.)

For detailed information about the surviving civil partner please see guidelines.

Personalien der Witwe/des Witwers / des hinterbliebenen Lebenspartners

(Bitte Personalien der Waise(n) im Teil G eintragen.)

Nähere Informationen zum hinterbliebenen Lebenspartner können Sie den Erläuterungen entnehmen.

1	Surname		Nachname			
2	First name(s) (Please underline name normally used.)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)			
3	Name at birth (if different)		Geburtsname (wenn abweichend)			
4	Other names used in the past		Frühere Namen			
5	Date of birth (Please submit the birth certificate or have it confirmed in part N.)	<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)
day Tag	month Monat	year Jahr				
6	Present (dual) citizenship (Please submit proof or have it confirmed in part N.)		Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)			
7	Present address		Derzeitige Anschrift			
8	Telephone number		Telefonnummer			
9	Fax number		Telefaxnummer			
10	Have you lived in Germany? If yes, when did you leave Germany?	<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> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr	Haben Sie in Deutschland gelebt? Falls ja, wann haben Sie Deutschland verlassen?
day Tag	month Monat	year Jahr				
11	Own German insurance number of the survivor		Eigene deutsche Versicherungsnummer des Hinterbliebenen			
12	Own Philippine social security number of the survivor <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> GSIS		Eigene philippinische Sozialversicherungsnummer des Hinterbliebenen <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> GSIS			
13	German personal identification number for tax purposes (if known)		Deutsche Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke (soweit bekannt)			
14	Date of marriage/registration of the civil partnership with the insured person (Please submit the marriage/civil partnership registration certificate or have it confirmed in part N.)	<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr	Tag der Eheschließung/der Eintragung der Lebenspartnerschaft mit dem Versicherten (Bitte Heirats-/Lebenspartnerschafts-urkunde beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)
day Tag	month Monat	year Jahr				
15	Did this marriage/registered civil partnership continue until the death of the insured person?	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	Bestand die Ehe/Eingetragene Lebenspartnerschaft bis zum Tod des Versicherten?			
16	Have you remarried/registered a new civil partnership since the death of the insured person? If yes, on the	<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> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr	Haben Sie nach dem Tod des Versicherten wieder geheiratet/ eine Eingetragene Lebenspartnerschaft begründet? Falls ja, am
day Tag	month Monat	year Jahr				

C 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

D Type of pension claimed

Beantragte Rentenart

1	Widow's / widower's pension / pension for survivors from a registered civil partnership	<input type="checkbox"/>	Witwenrente/Witwerrente / Rente an Hinterbliebene aus Eingetragener Lebenspartnerschaft
2	Widow's / widower's pension after the last-but-one spouse / registered civil partner	<input type="checkbox"/>	Witwenrente/Witwerrente nach dem vorletzten Ehegatten / Eingetragenen Lebenspartner
3	Widow's / widower's pension of spouses divorced before July 1, 1977 (Please submit divorce decree.)	<input type="checkbox"/>	Witwenrente/Witwerrente an vor dem 01.07.1977 geschiedene Ehegatten (Bitte Scheidungsurteil beifügen.)
4	Orphan's pension (Information on the orphans in part G.)	<input type="checkbox"/>	Waisenrente (Angaben zu den Waisen in Teil G.)

Only to be filled in if you are not old enough for a large widow's pension (see guide, part D, items 5 and 6).

Nur ausfüllen, falls Sie noch nicht das Alter für eine große Witwenrente erreicht haben (siehe Erläuterungen, Teil D, Punkte 5 und 6).

5	<p>Are you bringing up at least one child under the age of 18 or taking care of a handicapped child who is therefore not able to support himself / herself? (Please submit birth certificate or proof of the handicap.)</p> <p>If yes, please indicate:</p> <p>– child's name</p> <p>– child's date of birth</p>	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	<p>Erziehen Sie noch ein Kind unter 18 Jahren oder sorgen Sie für ein Kind, das wegen Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten? (Bitte Geburtsnachweis oder Nachweis über die Behinderung beifügen.)</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>– Vollständiger Name des Kindes</p> <p>– Geburtsdatum des Kindes</p>			
		<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				
6	<p>Do you consider yourself to be of reduced earning capacity? (Please submit medical findings and documentation.)</p>	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	<p>Halten Sie sich für erwerbsgemindert? (Bitte fügen Sie ärztliche Befunde und Unterlagen bei.)</p>			

E Further information on the pension application

Weitere Angaben zum Rentenanspruch

<p>1 Was the death of the insured person caused by a work accident, occupational disease or similar? If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cause - date of accident 	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 25%;">day Tag</td> <td style="text-align: center; width: 25%;">month Monat</td> <td style="text-align: center; width: 50%;">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>	day Tag	month Monat	year Jahr				<p>Ist der Tod des Versicherten durch einen Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit o. ä. verursacht worden? Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ursache - Tag des Unfalls 		
day Tag	month Monat	year Jahr								
<p>2 Was the death of the insured person caused by another person or was it caused by an accident? If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cause - date of accident <p>If the death was caused by another person: Please indicate the name and address of the person responsible.</p>	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 25%;">day Tag</td> <td style="text-align: center; width: 25%;">month Monat</td> <td style="text-align: center; width: 50%;">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>	day Tag	month Monat	year Jahr				<p>Ist der Tod des Versicherten durch eine andere Person oder durch einen Unfall verursacht worden? Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ursache - Tag des Unfalls <p>Falls der Tod durch eine andere Person verursacht wurde: Bitte Name und Anschrift des Schädigers angeben.</p>		
day Tag	month Monat	year Jahr								
<p>3 Has a claim for compensation for damages been lodged? If yes, against whom? Please indicate name and address.</p> <p>Reference number</p>	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p>	<p>Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht? Falls ja, gegen wen? Bitte Name und Adresse angeben.</p> <p>Aktenzeichen</p>								
<p>4 Had the late insured person already applied for or received a Philippine or other foreign pension? If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periods when pension was received - type of pension - insurance agency (name and address) - insurance or reference number 	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">from/vom</td> <td style="width: 50%;">to/bis</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> </table>	from/vom	to/bis							<p>Hat der verstorbene Versicherte bereits eine philippinische oder eine andere ausländische Rente beantragt/bezogen? Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeit des Bezuges - Art der Rente - Versicherungsträger (Name und Adresse) - Versicherungsnummer, Aktenzeichen
from/vom	to/bis									

F Additional information on the Widow / widower / surviving registered civil partner

Zusätzliche Angaben der Witwe/des Witwers / des Hinterbliebenen aus Eingetragener Lebenspartnerschaft

<p>1 Have you applied for a survivor's pension from Philippines, Germany or another foreign country, or received such a pension? If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - insurance agency/country - insurance or reference number 	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p>	<p>Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus den Philippinen, Deutschland oder dem sonstigen Ausland beantragt oder schon einmal eine bezogen? Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger/Staat - Versicherungsnummer, Aktenzeichen
<p>2 Have you applied for or received a survivor's pension or lump-sum settlement from the Philippines, German or foreign statutory accident insurance or received such a pension? If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - insurance agency / country - insurance or reference number 	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p>	<p>Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der philippinischen, deutschen oder der Unfallversicherung eines andern Staates beantragt oder schon einmal eine bezogen? Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger/Staat - Versicherungsnummer, Aktenzeichen

Only to be filled in, if
the marriage/registered civil partnership

- was contracted after December 31, 2001 or
- before January 1, 2002 and both spouses/registered partners were born after January 1, 1962

Nur ausfüllen, wenn die Ehe/Eingetragene
Lebenspartnerschaft

- nach dem 31.12.2001 geschlossen wurde oder
- vor dem 01.01.2002 geschlossen wurde und beide Ehegatten/Eingetragene Lebenspartner nach dem 01.01.1962 geboren sind

3	<p>Did you personally raise a child before his/her 3rd year of life?</p> <p>If yes,</p> <ul style="list-style-type: none"> - have German periods taken into account been already recognized for this child/applied for? - For which person? 	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	<p>Haben Sie selbst ein Kind vor dessen 3. Lebensjahr erzogen?</p> <p>Falls ja:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wurden für dieses Kind bereits deutsche Berücksichtigungszeiten anerkannt/beantragt? - Für welche Person?
		<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	

G Personal data of the orphan(s)
(Please submit proof or have it confirmed in part N.)
A separate form PH/DE 2 and proof of schooling, college attendance and training are required for each orphan who has reached the age of 18.

Personalien der Waise(n)
(Bitte Nachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)
Für jede Waise, die das 18. Lebensjahr vollendet hat, sind ein eigenes Formblatt PH/DE 2 und Schul-, Hochschul- oder Ausbildungsnachweise notwendig.

1	Surname of orphan / Nachname der Waise	First name / Vorname	Date of birth / Geburtsdatum	Child's relationship with the late insured person ① / Kindschaftsverhältnis zum verstorbenen Versicherten ①	For orphans over 18: type of education or apprenticeship or "handicapped" / Bei Waisen über 18 Jahre: Art der Ausbildung oder „behindert“	Citizenship / Staats- angehörigkeit

① e.g. legitimate child, illegitimate child, stepchild (see explanations on part G)
① z. B. eheliches Kind, nichteheliches Kind, Stiefkind (siehe Erläuterungen zu Teil G)

2	Postal address, if different from the address of widow/widower	Anschrift, falls abweichend von der Anschrift der Witwe/des Witwers

H Additional information on the orphans

Zusätzliche Angaben zu den Waisen

1	Has any of the orphans applied for or received one of the following benefits?	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	<p>Wurde von einer Waise eine der folgenden Leistungen beantragt oder werden solche Leistungen bezogen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Waisenrente aus der deutschen Rentenversicherung eines anderen Elternteils? Falls ja, bitte angeben: - Vorname der Waise - Name des verstorbenen Elternteils - Versicherungsträger Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Elternteils - Waisenrente aus der philippinischen, der deutschen oder der Unfallversicherung eines anderen Staates? Falls ja, bitte angeben: - Vorname der Waise - Versicherungsträger/Staat - Aktenzeichen 																					
	<ul style="list-style-type: none"> - orphan's pension from the German Pension Insurance for another parent? If yes, please indicate: - orphan's first name - name of the deceased parent - agency 																							
	Insurance number or date of birth of the deceased parent			<table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>day Tag</td> <td> </td> <td>month Monat</td> <td> </td> <td>year Jahr</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>													day Tag		month Monat		year Jahr			
		day Tag		month Monat		year Jahr																		
<ul style="list-style-type: none"> - orphan's pension from the Philippine, the German or another foreign statutory accident insurance? If yes, please indicate: - orphan's first name - agency/country - reference number 																								

– other orphan's pensions/benefits under German law ? If yes , please indicate: – first name of the orphan – name of the deceased parent – agency – reference number	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	– sonstige Waisenrenten/-leistungen nach deutschen Recht? Falls ja , bitte angeben: – Vorname der Waise – Name des verstorbenen Elternteils – Behörde – Aktenzeichen																				
2 German personal identification number for tax purposes (if known)	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																					Deutsche Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke (soweit bekannt)

I Information on your own current income of the survivor

Angaben zum eigenen laufenden Einkommen des Hinterbliebenen

1	From the death of the insured person on, do you receive or have you received income resulting from - employment (inclusive of early retirement benefits, allowances and compensations from the employer) - self-employment (business establishment, freelance work, agriculture and forestry etc.)	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja <input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	Beziehen oder bezogen Sie seit dem Tod des Versicherten eine der folgenden Leistungen? Erwerbseinkommen aus - abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber) - selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.)
2	short-term cash benefits in lieu of earned income as statutory or private benefits for sickness, accident, unemployment or maternity allowance	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	kurzfristiges Erwerbserstatzeinkommen wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld
3	long-term cash benefits in lieu of earned income as your own insurance benefits or pension from the German, the Philippine or another statutory pension or accident insurance or superannuation scheme - insurance agency/country - insurance or reference number your own benefits or pension from the employer or a private life, accident or pension insurance	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja <input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	dauerhaftes Erwerbserstatzeinkommen wie eigene Versichertenrente oder Pension aus der deutschen, philippinischen oder einer anderen gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung oder einem Versorgungssystem - Versicherungsträger/Staat - Versicherungsnummer/Aktenzeichen eigene Rente oder Pension vom Arbeitgeber oder aus einer privaten Lebens-, Unfall- oder Rentenversicherung
4	Have you applied for short-term or long-term cash benefits in lieu of earned income?	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	Haben Sie kurzfristiges oder dauerhaftes Erwerbserstatzeinkommen beantragt?
5	Have you received a compensation payment instead of a recurring benefit?	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	Wurde anstelle einer dauerhaften Leistung eine Abfindung gewährt?
6	income from property - from capital assets (interests, dividends, profits from shares or other participations) - from insurances - from letting/leasing - from sales transactions for your own account	<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 <input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	Vermögenseinkommen - aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden, Gewinne aus Aktien oder anderen Beteiligungen) - aus Versicherungen - aus Vermietung/Verpachtung - aus privaten Veräußerungsgeschäften
7	Are you as the applicant insured against sickness? (Please submit proof.)	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	Sind Sie als Antragsteller krankenversichert? (Bitte Nachweis beifügen.)

8	<p>Are there any children under 27 years of age for whom no orphan's pension is applied for because they are not children of the deceased?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p>	<p>Sind weitere Kinder unter 27 Jahren vorhanden, für die keine Waisenrente beantragt wird, weil sie nicht Kinder des Verstorbenen sind?</p>
	<p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - child's surname and first name - child's date of birth <p>For children who have reached the age of 18, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - type of education or - handicap <p>(Please submit proof.)</p>	<p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nachname und Vorname des Kindes - Geburtsdatum des Kindes <p>Bei Kindern, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art der Ausbildung oder - Behinderung <p>(Bitte Nachweis beifügen.)</p>

Information on the income of the survivor during the calendar year before the commencement of the pension

Angaben zum eigenen Einkommen des Hinterbliebenen im Kalenderjahr vor Rentenbeginn

9	<p>During the calendar year before the death of the insured person did you receive</p> <p>income resulting from</p> <ul style="list-style-type: none"> - employment (inclusive of early retirement benefits, allowances and compensation from the employer) - self-employment (business establishment, freelance work, agriculture and forestry etc.) <p>If yes, please indicate periods:</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">from/vom</td> <td style="width: 50%;">to/bis</td> </tr> <tr> <td>from/vom</td> <td>to/bis</td> </tr> </table>	from/vom	to/bis	from/vom	to/bis	<p>Bezogen Sie im Kalenderjahr vor dem Tod des Versicherten eine der folgenden Leistungen?</p> <p>Erwerbseinkommen aus</p> <ul style="list-style-type: none"> - abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber) - selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, Selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.) <p>Falls ja, bitte Zeiträume angeben:</p>
from/vom	to/bis						
from/vom	to/bis						
10	<p>short-term cash benefits in lieu of earned income as statutory or private benefits for sickness, accident, unemployment, maternity</p> <p>If yes, please indicate periods of receipt:</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">from/vom</td> <td style="width: 50%;">to/bis</td> </tr> <tr> <td>from/vom</td> <td>to/bis</td> </tr> </table>	from/vom	to/bis	from/vom	to/bis	<p>kurzfristiges Erwerbsersatz Einkommen wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld</p> <p>Falls ja, bitte Zeiträume des Bezuges angeben:</p>
from/vom	to/bis						
from/vom	to/bis						

K Further information on the insurance history of the late insured person

(Please complete and submit proof only if the late insured person was **not** yet in receipt of a German pension.)

Weitere Angaben zum Versicherungsleben des Verstorbenen

(Bitte nur ausfüllen und Nachweise beifügen, wenn der verstorbene Versicherte noch **keine** Rente bezog.)

1	<p>Was the late insured person 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - restitution authority - reference number 	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p>	<p>War der Verstorbene Verfolgter des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes oder politisch Verfolgte(r) der ehemaligen DDR im Sinne des Beruflichen Rehabilitierungsgesetzes? Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entschädigungsbehörde - Aktenzeichen
2	<p>Are you, the orphan or was the late insured person an expelled person or refugee as defined in the German Federal Law on Expelled Persons? If yes, please submit a document for expelled persons.</p>	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p>	<p>Sind Sie, die Waise oder war der Verstorbene Vertriebene(r) oder Flüchtling im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes? Falls ja, bitte Vertriebenenausweis(e) beifügen.</p>
3	<p>Did any German insurance agency ever make a refund of contributions from the German Pension Insurance to the late insured person? If yes, please indicate</p> <ul style="list-style-type: none"> - insurance agency - insurance or reference number 	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p>	<p>Sind dem Verstorbenen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden? Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger - Versicherungsnummer / Aktenzeichen
4	<p>Did the late insured person undergo vocational training in Germany (even without qualification)?</p> <p>Period</p> <p>Type of vocational education (Please submit proof.)</p> <p>If applicable, qualification on (Please submit proof.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p> <p>from/vom to/bis</p> <p>day Tag month Monat year Jahr</p>	<p>Hat der Verstorbene in Deutschland Zeiten der Berufsausbildung zurückgelegt (auch ohne Abschluss)? Zeitraum Art der Berufsausbildung (Bitte Nachweis beifügen.) ggf. Abschluss am (Bitte Nachweis beifügen.)</p>
5	<p>Was the late insured person unfit for work in Germany or did he/she receive benefits for rehabilitation which are not contained in the insurance record? 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>War der Verstorbene in Deutschland arbeitsunfähig krank oder hat er Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>
6	<p>Has the late insured person been registered as unemployed in Germany and is this period not contained in the insurance record? 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>War der Verstorbene in Deutschland arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>
7	<p>Did the late insured person complete a course of education in Germany, in the Philippines or in other foreign countries from school, vocational school, technical college or college after turning 17 and is this period not contained in the insurance record? 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>Hat der Verstorbene nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschul-ausbildung in Deutschland, den Philippinen oder einem anderen Staat absolviert und ist diese Zeit nicht im Versicherungsverlauf enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>

8	<p>Between the age of 17 and 25, was the late insured person unfit for work for at least one calendar month in Germany, Philippines or 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>War der Verstorbene zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat in Deutschland, den Philippinen oder einem anderen Staat krank und ist diese Zeit nicht im Versicherungsverlauf enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>
from/vom	to/bis						
from/vom	to/bis						
9	<p>After attaining the age of 16, did the late insured person habitually reside in one of the following countries: Australia, Denmark, Finland, Iceland, Israel, Canada/Quebec, Liechtenstein, Norway, Sweden, Switzerland or, after attaining the age of 15, habitually reside in the Netherlands?</p>	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p>	<p>Hat der Verstorbene nach Vollendung des 16. Lebensjahres in einem der folgenden Länder gewohnt: Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada/Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, der Schweiz oder nach dem 15. Lebensjahr in den Niederlanden?</p>				
<p>Period</p>	<table border="1"> <tr> <td>from/vom</td> <td>to/bis</td> <td>country/Staat</td> </tr> </table>	from/vom	to/bis	country/Staat	<p>Zeitraum</p>		
from/vom	to/bis	country/Staat					
	<table border="1"> <tr> <td>insurance agency/Versicherungsträger</td> <td>insurance number/Versicherungsnummer</td> </tr> </table>	insurance agency/Versicherungsträger	insurance number/Versicherungsnummer				
insurance agency/Versicherungsträger	insurance number/Versicherungsnummer						
<p>Period</p>	<table border="1"> <tr> <td>from/vom</td> <td>to/bis</td> <td>country/Staat</td> </tr> </table>	from/vom	to/bis	country/Staat	<p>Zeitraum</p>		
from/vom	to/bis	country/Staat					
	<table border="1"> <tr> <td>insurance agency/Versicherungsträger</td> <td>insurance number/Versicherungsnummer</td> </tr> </table>	insurance agency/Versicherungsträger	insurance number/Versicherungsnummer				
insurance agency/Versicherungsträger	insurance number/Versicherungsnummer						
10	<p>Was the late insured person also employed outside Germany (including the Philippines)?</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>War der Verstorbene auch außerhalb Deutschlands (auch in den Philippinen) erwerbstätig?</p> <p>Wenn ja, bitte weitere Angaben machen. Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (z. B. für Beamte/gleichgestellte Personen, EU-Bedienstete, Selbständige, Landwirte).</p>				
<p>Period</p>	<table border="1"> <tr> <td>from/vom</td> <td>to/bis</td> <td>country/Staat</td> </tr> </table>	from/vom	to/bis	country/Staat	<p>Zeitraum</p>		
from/vom	to/bis	country/Staat					
	<table border="1"> <tr> <td>insurance agency/Versicherungsträger</td> <td>insurance number/Versicherungsnummer</td> </tr> </table>	insurance agency/Versicherungsträger	insurance number/Versicherungsnummer				
insurance agency/Versicherungsträger	insurance number/Versicherungsnummer						
<p>Period</p>	<table border="1"> <tr> <td>from/vom</td> <td>to/bis</td> <td>country/Staat</td> </tr> </table>	from/vom	to/bis	country/Staat	<p>Zeitraum</p>		
from/vom	to/bis	country/Staat					
	<table border="1"> <tr> <td>insurance agency/Versicherungsträger</td> <td>insurance number/Versicherungsnummer</td> </tr> </table>	insurance agency/Versicherungsträger	insurance number/Versicherungsnummer				
insurance agency/Versicherungsträger	insurance number/Versicherungsnummer						
<p>Period</p>	<table border="1"> <tr> <td>from/vom</td> <td>to/bis</td> <td>country/Staat</td> </tr> </table>	from/vom	to/bis	country/Staat	<p>Zeitraum</p>		
from/vom	to/bis	country/Staat					
	<table border="1"> <tr> <td>insurance agency/Versicherungsträger</td> <td>insurance number/Versicherungsnummer</td> </tr> </table>	insurance agency/Versicherungsträger	insurance number/Versicherungsnummer				
insurance agency/Versicherungsträger	insurance number/Versicherungsnummer						
<p>Period</p>	<table border="1"> <tr> <td>from/vom</td> <td>to/bis</td> <td>country/Staat</td> </tr> </table>	from/vom	to/bis	country/Staat	<p>Zeitraum</p>		
from/vom	to/bis	country/Staat					
	<table border="1"> <tr> <td>insurance agency/Versicherungsträger</td> <td>insurance number/Versicherungsnummer</td> </tr> </table>	insurance agency/Versicherungsträger	insurance number/Versicherungsnummer				
insurance agency/Versicherungsträger	insurance number/Versicherungsnummer						

3	Surname		Nachname						
	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 N.)	<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)			
day Tag	month Monat	year Jahr							
	Place of birth (city, country, state)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)						
	Was the late insured person employed during the pregnancy and did she 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	War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?						
	The late insured person was primarily responsible for bringing the child up from its birth until the age of 10.	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	Der Verstorbene hat 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> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr	<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</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> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr	<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr
day Tag	month Monat	year Jahr							
day Tag	month Monat	year Jahr							
4	Has another person already submitted an application that takes 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> </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 or the late insured person pay compulsory contributions to the German statutory pension insurance for employment / occupation outside Germany immediately before or during a child-raising period?	<input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja	Haben Sie oder der Verstorbene unmittelbar vor oder während der Erziehungszeit für eine Beschäftigung / Tätigkeit außerhalb Deutschlands Pflichtbeiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?						

M Declaration**Erklärung**

I assure that I have answered all of 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 relevant insurance agency immediately after submission of the application and approval of the pension of

- any change in my family circumstances (e.g. my remarriage) and the application for and receipt of benefits and income listed under parts F, H and I.
- any changes which affect the drawing of the survivor's / orphans' pension (e.g. interruption to or termination of training)
- death of the child etc.

in writing 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.

Only for applications for the large widow's / widower's pension if you have not yet reached the required age, are not raising children and consider yourself to be of reduced earning capacity, as well as for applications for orphan's pension due to handicap:

If it is necessary for the pension claimed, **I agree** that all medical evaluations and reports submitted for the application or contained in the files or which accrue 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 concerning my health to these agencies. This includes sending any medical documents currently in their possession or which are compiled 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 leistungspflichtigen Versicherungsträger nach Antragstellung und nach Bewilligung der Rente unverzüglich

- jede Änderung meiner Familienverhältnisse (z. B. meine Wiederheirat) und die Beantragung und den Empfang der im Teil F, H und I aufgeführten Leistungen bzw. Einnahmen
- Änderungen, die auf den Bezug der Hinterbliebenen- / Waisenrente Einfluss haben (z. B. Unterbrechung oder Beendigung der Ausbildung)
- den Tod des Kindes usw.

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.

Nur für Anträge auf große Witwen-/Witwerrente, wenn Sie das entsprechende Lebensalter noch nicht erreicht haben, kein Kind erziehen und sich für erwerbsgemindert halten sowie bei Anträgen auf Waisenrente wegen Behinderung:

Soweit für die beantragte Rente erforderlich, **bin ich damit einverstanden**, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die im Rentenverfahren vorgelegt werden oder 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

N Confirmation by SSS/GSIS

Bestätigung durch 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 personal data (surname, first name(s), date of birth, as well as the citizenship) relating to the deceased (part A) and the survivors (parts B und G) are 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 (Nachname, Vorname(n), Geburtsdatum sowie die Staatsangehörigkeit) des Verstorbenen (Teil A) und der Hinterbliebenen (Teil B und G) werden bestätigt durch:</p> <p>– gültigen Reisepass</p> <p>– sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)</p>
<p>The information relating to the date of death and the marriage/civil partnership until the death are confirmed by</p> <p>– death certificate</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 zum Sterbedatum und zur bis zum Tode bestehenden Ehe/ Eingetragenen Lebenspartnerschaft werden bestätigt durch:</p> <p>– Sterbeurkunde</p> <p>– sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)</p>
<p>The information in Part L relating to the children (surname, first name(s), date of birth) is confirmed on the basis of the documents presented.</p>	<p><input type="checkbox"/> no/nein <input type="checkbox"/> yes/ja</p>				<p>Die Angaben zu den Kindern in Teil L (Nachname, Vorname(n), Geburtsdatum) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.</p>
Date	day Tag	month Monat	year Jahr		Datum
Signature					Unterschrift
Stamp of SSS/GSIS					Stempel der SSS/GSIS

**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 survivor's pension
from the old-age insurance scheme for farmers
- Alterssicherung der Landwirte (AdL) -

Antrag auf Hinterbliebenenrente
aus der Alterssicherung der Landwirte (AdL)

Please complete this ENCLOSURE only if the late insured person 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 der verstorbene Versicherte als selbständiger Landwirt oder als Ehegatte eines selbständigen Landwirts in Deutschland Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse gezahlt hat.

A Information about 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	Date of death															Sterbedatum	

B Information about the payment of contributions

Angaben zur Beitragszahlung

1	Have you or your spouse paid contributions to 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

