Deutsche Rentenversicherung

Deutsche Versicherungsnummer
מספר ביטוח פנסיה גרמני

Kennzeichen (soweit bekannt)
קוד (אם ידוע)

Eingangsstempel
ZRBG 500

Antrag auf Witwen- / Witwerrente für Hinterbliebene von ehemaligen Ghettobeschäftigten mit Wohnsitz im Ausland

בקשה לקצבת אלמן / אלמנה עבור השאירים של פועלי גטאות לשעבר המתגוררים מחוץ לגרמניה

1.	**Angaben zur Person der / des Versicherten**		**פרטים אישיים של המבוטח/ת**
	Name		שם המשפחה
	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)		שמות פרטיים (נא למתוח קו מתחת לשם המקובל)
	Geburtsname		שם משפחה מלפני הנישואין
	Frühere Namen		שמות משפחה ופרטיים קודמים
	Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)		תאריך הלידה (שנה / חודש / יום)
	Geschlecht	☐ männlich זכר ☐ weiblich נקבה	מין
	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)		אזרחות (ואזרחות בעבר - אם היה שונה - עד לתאריך)
	Geburtsort (Kreis, Land)		מקום לידה (מחוז, ארץ)
	Sterbedatum (Tag / Monat / Jahr)		תאריך הפטירה (שנה / חודש / יום)
	Bitte Sterbeurkunde beifügen!		נא לצרף תעודת פטירה !
2.	**Angaben zur Person der Witwe / des Witwers**		**פרטים אישיים של האלמן / האלמנה**
	Name		שם המשפחה
	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)		שמות פרטיים (נא למתוח קו מתחת לשם המקובל)
	Geburtsname		שם משפחה מלפני הנישואין
	Frühere Namen		שמות משפחה ופרטיים קודמים
	Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr)		תאריך הלידה (שנה / חודש / יום)
	Geschlecht	☐ männlich זכר ☐ weiblich נקבה	מין
	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)		אזרחות (ואזרחות בעבר - אם היה שונה - עד לתאריך)
	Geburtsort (Kreis, Land)		מקום לידה (מחוז, ארץ)
	Straße, Hausnummer		רחוב, מס' בית

Postleitzahl		מיקוד
Wohnort / Staat		מקום מגורים / ארץ
Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		מס' טלפון בזמן היום (לא חייבים לתת)
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		מס' פקס, מייל אלקטרוני (לא חייב)
Waren Sie in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung versichert?	ja ☐ כן nein ☐ לא	האם היית מבוטח/ת בביטוח הפנסיות הממשלתי הגרמני?
Versicherungsträger		שם מוסד הביטוח
Wurde eine Versicherungsnummer vergeben?	ja ☐ כן nein ☐ לא	את/ה קיבלת מספר ביטוח ?
Versicherungsnummer der / des Hinterbliebenen		**מספר הביטוח** של האלמן / האלמנה
Tag der Eheschließung mit der / dem Versicherten (Tag / Monat / Jahr)		תאריך הנשואים עם המבוטח/ת (שנה / חודש / יום)
Bestand diese Ehe bis zum Tod der / des Versicherten?	ja ☐ כן nein ☐ לא	האם נשואים אלו היו עוד בתוקף בעת פטירת המבוטח/ת ?
Hat die Witwe / der Witwer nach dem Tod des / der Versicherten **wieder geheiratet?**	ja ☐ כן nein ☐ לא	האם האלמן/ אלמנה **נשא/ ה מחדש** לאחר מותו/מותה של המבוטח/ת ?
Wiederheirat am (Tag / Monat / Jahr)		תאריך הנשואים החדשים (שנה / חודש / יום)

3.	**Antragstellung durch andere Personen**	**הגשת הבקשה על-ידי מיופה-כוח**
	Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen.	**נא לצרף ייפו כוח או החלטת בית המשפט**
	Der Antrag wird in Vertretung gestellt von	הבקשה הוגשה על-ידי הנציג הבא:
	Name	שם משפחה
	Vorname	שם פרטי
	Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)	משרד (מספר תיק - אם מתאים)
	in der Eigenschaft als	בתפקיד
	Gesetzlicher Vertreter .... ☐	נציג חוקי
	Vormund .... ☐	אפוטרופוס
	Betreuer .... ☐	מטפל, ממונה , מורשה
	Bevollmächtigter .... ☐	מיופה כוח
	Straße, Hausnummer	רחוב, מספר בית
	Postleitzahl	מיקוד
	Wohnort / Staat	מקום מגורים / ארץ

	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		מס' טלפון בזמן היום (לא חייבים לתת)
	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		מס' פקס, מייל אלקטרוני (לא חייב)

4.	**Verfolgteneigenschaft der / des Versicherten**		**הכרת המבוטח/ת כנרדף/נרדפת (על-ידי הנאצים)**
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		**נא לצרף את כל המסמכים הנמצאים ברשותך !**
4.1	War die / der Versicherte Angehörige(r) des Judentums?	ja ☐ כן nein ☐ לא	האם המבוטח/ת היה/היתה יהודי/ה?
4.2	War die / der Versicherte als Verfolgte(r) im Sinne des § 1 Bundesentschädigungsgesetzes (BEG) anerkannt durch (z. B. Entschädigungsbehörde, Jewish Claims Conference, Bundesministerium für Finanzen)?	↓ ja ☐ כן ↓	האם המבוטח/ת הוכר/ה כנרדף/ת במובן של חוק הפיצויים הפדרלי הגרמני (BEG) סעיף 1 , (למשל על-ידי משרד פיצויים, וועדת התביעות, משרד הכספים הפדרלי) ?
	Entschädigungsbehörde /	_____	משרד הפיצויים
	Aktenzeichen	_____	מספר התיק
		nein ☐ לא	

5.	**Angaben zur Ghetto-Arbeit**		**נתונים על העבודה בגטו**
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		**נא לצרף את כל המסמכים הנמצאים ברשותך !**
5.1	In welchen Ghettos hielt sich die / der Versicherte zwangsweise auf?	↓ ↓	באיזה גטאות המבוטח/ת שהה / שהתה בכפייה ?
a)	Ort, Bezirk, Gebiet,	_____	מקום, מחוז , איזור
	Land	_____	ארץ
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	____ / ____ – ____ / ____	תקופה מ – עד חודש/שנה - חודש/שנה
b)	Ort, Bezirk, Gebiet,	_____	מקום, מחוז , איזור
	Land	_____	ארץ
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	____ / ____ – ____ / ____	תקופה מ – עד חודש/שנה - חודש/שנה
c)	Ort, Bezirk, Gebiet,	_____	מקום, מחוז , איזור
	Land	_____	ארץ
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	____ / ____ – ____ / ____	תקופה מ – עד חודש/שנה - חודש/שנה
5.2	Hat die / der Versicherte in einem der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos gearbeitet?	↓ ja ☐ כן ↓	האם המובטח/ת עבד/ה באחד הגטאות הרשומים תחת מספר 5.1 ?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	____ / ____ – ____ / ____	תקופה מ– עד חודש/שנה - חודש/שנה
	Arbeitsstelle / Arbeitgeber	_____	מקום העבודה / מעסיק
	Art der Arbeit	_____	סוג העבודה
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	____ / ____ – ____ / ____	תקופה מ– עד חודש/שנה - חודש/שנה

	Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	_____ _____	מקום העבודה / מעסיק סוג העבודה
c)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	____ / ____ – ____ / ____ _____ _____	תקופה מ– עד חודש/שנה - חודש/שנה מקום העבודה / מעסיק סוג העבודה
		nein ☐ לא	
5.3	Hat die / der Versicherte auch **außerhalb** der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos gearbeitet?	↓ ja ☐ כן ↓	האם המבוטח/ת עבד/ה גם **מחוץ** לגטאות המפורטים תחת מספר 5.1 ?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Ist sie / er täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	____ / ____ – ____ / ____ _____ ja ☐ כן nein ☐ לא	תקופה מ– עד חודש/שנה - חודש/שנה מקום העבודה / מעסיק האם הוא/היא חזר/ה כל יום לגטו ?
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Ist sie / er täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	____ / ____ – ____ / ____ _____ ja ☐ כן nein ☐ לא	תקופה מ– עד חודש / שנה - חודש / שנה מקום העבודה / מעסיק האם הוא/היא חזר/ה כל יום לגטו ?
c)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Ist sie / er täglich in das Ghetto zurückgekehrt?	____ / ____ – ____ / ____ _____ ja ☐ כן nein ☐ לא	תקופה מ– עד חודש / שנה - חודש / שנה מקום העבודה / מעסיק האם הוא/היא חזר/ה כל יום לגטו ?
		nein ☐ לא	
5.4	Hat die / der Versicherte sich um die Arbeit innerhalb (Ziffer 5.2) oder außerhalb des Ghettos (Ziffer 5.3) selbst bemüht bzw. wurde sie z. B. vom Judenrat vermittelt?	↓ ja ☐ כן ↓	האם המבוטח/ת מצא/ה את העבודה בתוך (מס' 5.2) או מחוץ לגטו (מס' 5.3) בכוחות עצמו/ עצמה או מצא/ה אותה באמצעות תיווך כמו למשל של וועד היהודים (Judenrat) ?
	Name des Ghettos		שם הגטו
	Name des Ghettos		שם הגטו
	Name des Ghettos		שם הגטו
	Sie / Er wurde zu allen angegebenen Arbeiten gegen ihren / seinen Willen gezwungen und hätte sie nicht ohne Gefahr für Leib, Leben oder ihre / seine Restfreiheit ablehnen können.	nein ☐ לא	הוא/ היא אולץ/ אולצה לעשות את כל העבודות המצוינות נגד הרצון שלו/ שלה ולא היה /היתה יכול/ה לדחותן מבלי לסכן את החיים ואת שאר החופש שלו/ שלה.
6.	**Verfolgungsbedingte Ersatzzeiten**		**תקופות חלופיות על-פי רדיפות הנאצים**
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		**נא לצרף את כל המסמכים הנמצאים ברשותך !**
	Hat die / der Versicherte weitere nationalsozialistische Gewaltmaßnahmen erlitten? (z. B. Tragen des Judensterns, Leben in der Illegalität oder unter falschem Namen, Zwangsarbeitslager, Konzentrationslager)	↓ ja ☐ כן ↓	את/ה סבלת מאמצעי אלימות נאציונל- סוציאליסטיים נוספים (כמו למשל לבישת צלב צהוב, חיים באי-חוקיות או תחת שם אחר, מחנה עבודת כפיה, מחנה ריכוז) ?

a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Art der Verfolgung	_____ / _____ – _____ / _____ _____	תקופה מ– עד חודש/שנה - חודש/שנה סוג הרדיפות
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Art der Verfolgung	_____ / _____ – _____ / _____ _____	תקופה מ– עד חודש/שנה - חודש/שנה סוג הרדיפות
c)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Art der Verfolgung	_____ / _____ – _____ / _____ _____	תקופה מ– עד חודש/שנה - חודש/שנה סוג הרדיפות
		nein ☐ לא	

7.	**Zeiten in Deutschland**		**תקופות מגורים בגרמניה**
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		**נא לצרף את כל המסמכים הנמצאים ברשותך !**
7.1	Hat sich die / der Versicherte nach der Verfolgung in Deutschland (z. B. in einem DP-Lager) aufgehalten?	↓ ja ☐ כן ↓	האם המבוטח/ת אחרי הרדיפות שהה/ שהתה בגרמניה (למשל במחנה עקורים) ?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Aufenthaltsort	_____ / _____ – _____ / _____ _____	תקופה מ– עד חודש/שנה - חודש/שנה מקום השהיה
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Aufenthaltsort	_____ / _____ – _____ / _____ _____	תקופה מ– עד חודש/שנה - חודש/שנה מקום השהיה
		nein ☐ לא	
7.2	Hat die / der Versicherte in Deutschland gearbeitet?	↓ ja ☐ כן ↓	האם המבוטח/ת עבד/ה בגרמניה ?
a)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	_____ / _____ – _____ / _____ _____ _____	תקופה מ– עד חודש / שנה - חודש / שנה מקום העבודה / מעסיק סוג העבודה
b)	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Arbeitsstelle / Arbeitgeber Art der Arbeit	_____ / _____ – _____ / _____ _____ _____	תקופה מ– עד חודש / שנה - חודש / שנה מקום העבודה / מעסיק סוג העבודה
		nein ☐ לא	

8.	**Zeiten im Ausland**		**תקופות ביטוח מחוץ לגרמניה**
	Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei!		**נא לצרף את כל המסמכים הנמצאים ברשותך !**
8.1	Hat die / der Versicherte **im Ausland** Beiträge zu einem Versicherungsträger gezahlt?	↓ ja ☐ כן ↓	האם המבוטח/ת שילם/ שילמה תרומות למוסד ביטוח סוציאלי **מחוץ לגרמניה ?**
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr Versicherungsträger	_____ / _____ – _____ / _____ _____	תקופה מ– עד חודש / שנה - חודש / שנה שם מוסד הביטוח
	Staat		מדינה

	Ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen		מספר הביטוח / מספר התיק בחו"ל
		nein ☐ לא	
8.2	Hat die / der Versicherte sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres **gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten**: Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?	Ja ☐ כן	האם המבוטח/ת היה/היתה **גר/ה באופן קבוע** בהולנד אחרי שהגיע/ה לגיל של 15 שנים או **באחת הארצות הבאות** אחרי שהגיע/ה לגיל של 16 שנים: אוסטרליה, דנמרק, פינלנד, איסלנד, ישראל, קנדה/ קוויבק, ליכטנשטיין, נורבגיה, שוודיה, שוויצריה?
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____	תקופה מ– עד חודש/שנה - חודש/שנה
	Staat		מדינה
		nein ☐ לא	
9.	**Zeiten des Schul- / Fachschul- oder Hochschulbesuchs (auch im Ausland)**		**תקופות לימודים בבתי ספר / מכללות / מכונים / אוניברסיטאות (גם בחו"ל)**
	Hat die / der Versicherte nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schule, Fachschule oder Hochschule besucht? Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei, z. B. Schulzeugnis, Unterlagen zum Besuch einer Hochschule	↓ ja ☐ כן ↓	האם המבוטח/ת למד/ה בבית-ספר, מכללה, מכון או אוניברסיטה אחרי שהגיע/ה לגיל של 17 שנים ? נא לצרף את כל המסמכים הנמצאים ברשותך , כמו למשל תעודת גמר בית ספר, דיפלומה, מסמכים המוכיחים את תקופות הלימודים וכו'
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____	תקופה מ– עד חודש / שנה - חודש / שנה
		nein ☐ לא	
10.	**Angaben zu Kindern**		**פרטים של ילדים**
	Hat die / der Versicherte Kinder erzogen, die vor dem 01.01.1950 geboren sind?	↓ ja ☐ כן ↓	האם המבוטח/ת גידל/ה ילדים שנולדו לפני 01/01/1950 ?
a)	geboren am (Tag / Monat / Jahr)		נולד/ה ב- (שנה / חודש / יום)
	geboren in		נולד/ה ב- (מקום)
b)	geboren am (Tag / Monat / Jahr)		נולד/ה ב- (שנה / חודש / יום)
	geboren in		נולד/ה ב- (מקום)
		nein ☐ לא	
11.	**Sonstige Angaben**		**נתונים נוספים**
11.1	Wurde eine Ehe der / des Versicherten nach dem 30.06.1977 durch Ehescheidung aufgelöst / aufgehoben?	↓ ja ☐ כן ↓	האם נשואין כלשהן של המבוטח/ת בוטלו באמצעות גירושין אחרי תאריך 30/06/1977 ?
	Falls ja: Lebt der frühere Ehegatte noch?	Ja ☐ כן nein ☐ לא	**אם כן:** האם בן/בת הזוג הקודם/ת עדיין בחיים ?
		Nicht bekannt ☐ לא ידוע	
	Falls nein: Sterbedatum (Tag / Monat / Jahr)		**אם לא:** תאריך הפטירה (שנה / חודש / יום)

		nein ☐ לא	
11.2	**Bitte ausfüllen, wenn Witwerrente beantragt wird und die Versicherte vor dem 01.01.1986 verstorben ist**		**נא למלא במקרה של הגשת בקשה לקצבת אלמן ואם המבוטחת נפטרה לפני תאריך 01/01/1986**
	Hat die Versicherte den Unterhalt ihrer Familie **überwiegend** bestritten?		האם המבוטחת **תרמה בעיקר ואת החלק הגדול** לפרנסת המשפחה ?
		Ja ☐ כן	nein ☐ לא
12.	**Angaben zur Einkommensanrechnung bei Witwenrenten / Witwerrenten**		**נתונים על הכנסה שיש להתחשב בה במקרה של קצבת אלמן/ ה**
	- Nicht erforderlich, wenn die / der Versicherte vor dem 01.01.1986 gestorben ist. -		לא הכרחי אם המבוטח/ת נפטר/ה לפני 01/01/1986 . -
	Bitte Nachweise beifügen!		**נא לצרף הוכחות !**
12.1	**Arbeitsentgelt**		**הכנסה מתעסוקה**
	Beziehen oder bezogen Sie **ab Beginn der Rente wegen Todes** Arbeitsentgelt ggf. auch im Ausland?	ja ☐ כן	nein ☐ לא
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____	תקופה מ– עד חודש / שנה - חודש / שנה
	Name und Anschrift des Arbeitgebers		שם וכתובת של המעסיק
12.2	**Arbeitseinkommen**		**הכנסה מעבודה עצמאית**
	Haben oder hatten Sie **ab Beginn der Rente wegen Todes** steuerrechtliche Gewinne (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit) ggf. auch im Ausland erzielt? Zu den steuerrechtlichen Gewinnen zählen auch Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, wenn diese steuerrechtlich als Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit gewertet werden.	ja ☐ כן	nein ☐ לא
	Zeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____	תקופה מ– עד חודש / שנה - חודש / שנה
	Art der Selbständigkeit		סוג העבודה העצמאית
13.	**Andere Leistungen**		**קצבאות/ גמלאות/ מענקים אחרים**
	Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?		האם את/ה מקבל/ת או קיבלת או היגשת בקשה לאחת הקצבאות הבאות ?
	Art der Leistung		סוג הקצבה

13.1	Rente aus eigener Versicherung aus der deutschen oder einer ausländischen **Rentenversicherung** oder vergleichbare Leistung für ehemalige Beschäftigte im öffentlichen Dienst	↓ ja ☐ כן ↓	פנסיה (קצבת זקנה) על בסיס הביטוח של עצמך שמשולמת על-ידי **חברת ביטוח פנסיות** בגרמניה או בחוץ לארץ או גימלה דומה לעובדי מדינה לשעבר .
	Bezugszeitraum von – bis Monat / Jahr – Monat / Jahr	_____ / _____ – _____ / _____	תקופת התשלום מ– עד חודש / שנה - חודש / שנה
	beantragt am (Tag / Monat / Jahr)		בקשה הוגשה ב- (שנה / חודש / יום)
	zahlende Stelle		הרשות המשלמת
	Aktenzeichen		מספר התיק
		nein ☐ לא	
13.2	Leistungen aus der deutschen oder einer ausländischen **Unfallversicherung**	↓ ja ☐ כן ↓	קצבה **מביטוח תאונות** מחברת ביטוח מגרמניה או מחוץ לארץ
	Unfalltag (Tag / Monat / Jahr)		תאריך התאונה (שנה / חודש / יום)
	Art der Leistung		סוג הקצבה
	Aktenzeichen		מספר התיק
	Behörde		רשות
		nein ☐ לא	
13.3	Leistung nach der Anerkennungsrichtlinie für Ghetto-Arbeit vom Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen	↓ ja ☐ כן ↓	תשלום חד-פעמי תחת קו מנחה של הממשלה הגרמנית הפדראלית מהלשכה הפדראלית לענייני שירותים מרכזיים ושאלות רכוש תלויות ועומדות (BADV)
	Aktenzeichen		מספר תיק
		nein ☐ לא	

14.	**Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers**	**הצהרת מגיש/ת הבקשה**
	Ich versichere, **dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe.**	אני מצהיר/ה **שמסרתי את כל הנתונים בשאלון זה ובנספחים המצורפים לפי מיטב ידיעתי.**
	Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger *unverzüglich zu benachrichtigen*, wenn nach Stellung dieses Rentenantrags bis zum Rentenbeginn sich meine Anschrift ändert.	**אני מתחייב/ת** להודיע למוסד לביטוח פנסיות ללא דחוי אם יחול שנוי בכתובתי לאחר הגשת בקשה זו ועד להתחלת תשלום הפנסיה .
	Ich bin damit einverstanden, dass der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in allen Gerichts- und Behördenakten, die im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Anspruch stehen, insbesondere Entschädigungsakten, Einsicht nehmen kann.	**הריני נותן/ נותנת בזאת את הסכמתי** לכך שהמוסד המוסמך של ביטוח הפנסיות הגרמני הממשלתי ידרש ויעיין בכל התיקים של בתי משפט ורשויות הקשורים בתביעתי הנטענת, במיוחד בתיקי פיצויים.

15.	**Wahrheitsgemäße Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers**	**הצהרת אמת של מגיש/ת הבקשה**
	Ich erkläre hiermit nach bestem Wissen und Gewissen, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und nichts verschwiegen wurde, was der Sachaufklärung dienen könnte. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.	אני מצהיר/ה לפי מיטב ידיעתי ומצפוני שמסרתי את כל הנתונים של שאלון זה לפי האמת ואני לא הסתרתי נתונים שעלולים לעזור להבהרת תיקי. ידוע לי כי מסירת נתונים כוזבים ביודעין עלולה לגרום תביעה לדין פלילי.

Ort, Datum	_____	מקום, תאריך
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	_____	חתימת מגיש/ת הבקשה

Als Anlagen sind beigefügt:	**מסמכים מצורפים:**
_____	
_____	
_____	

Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-1 · Telefax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 100048070
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung

Anlage zum ZRBG 500
Enclosure to ZRBG 500

VSNR / *Insurance number*:_____
Kennzeichen / Code:_____

Wir bitten Sie zu den nachstehenden Fragen noch vollständige Angaben zu machen:
Please provide detailed answers to the follwing questions:

1. Wurde für die / den Versicherte/n bereits eine andere Versicherungsnummer vergeben?
Has another insurance number been already assigned to the insured?

☐ nein / **NO** ☐ ja / **YES**

Wenn ja, wie lautet diese andere Versicherungsnummer?
(Sollten mehrere anderslautende Versicherungsnummern vergeben worden sein, geben Sie bitte sämtliche Versicherungsnummern an!)
If so, what is this other insurance number?
(Should several different insurance numbers have been assigned, please indicate all of them!)

_____

_____

_____

2. Von welchem deutschen Versicherungsträger wurde die / der Versicherte zu der oder den anderen Versicherungsnummer/n betreut?
Which German pension insurance agency attended to the insured regarding the other insurance number(s)?

_____

_____

_____

3. Hatte die / der Versicherte zu früherer Zeit einen anderen Namen geführt oder hatte die / der Versicherte für den jetzigen Namen eine andere Schreibweise verwendet?
Did the insured have in previous times other names or did she/he use for her/his present name another spelling?

Bitte geben Sie anderslautende Namen oder andere Schreibweisen Ihres Namens - auch ihres Vornamens - vollständig an.
Plese provide all different names or spellings of the name – of the first name, too.

_____

_____

_____