

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



**BUNDESWEHR**

Bundesamt für das Personalmanagement  
der Bundeswehr  
Referat VII 2.3.6  
Wilhelm-Raabe-Straße 46  
40470 Düsseldorf

Eingangsvermerk

## R501

### Versorgung nach dem Dritten Teil Abschnitt I Soldatenversorgungsgesetz (SVG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

#### Antrag auf Waisenversorgung

Für jede Waise ist ein separater Antrag auszufüllen.

**Hinweis:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen oder zum Nachweis erforderlichen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter [www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/besoldung-versorgung-soldaten/soziales-entschaedigungsrecht](http://www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/besoldung-versorgung-soldaten/soziales-entschaedigungsrecht) zur Verfügung. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Anträge auch gern zu.

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter [www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/besoldung-versorgung-soldaten/soziales-entschaedigungsrecht](http://www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/besoldung-versorgung-soldaten/soziales-entschaedigungsrecht). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

#### **1 Angaben zur Person der / des Verstorbenen (Sterbeurkunde bitte beifügen, soweit nicht schon vorliegend.)**

Name				Vorname (Rufname)			
Namenszusatz (z.B.: Freifrau, Graf)		Vorsatzwort zum Namen (z.B.: von, van)		Titel (z.B.: Prof. Dr. med.)			
Geburtsname				Frühere Namen			
Geburtsdatum				Geburtsort (Kreis, Land)			
Sterbedatum				Sterbeort (Kreis, Land)			

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Schutzbereich 3** (wenn ausgefüllt)

## 2 Angaben zur Person der Waise

Name			Vorname (Rufname)		
Namenszusatz (z.B.: Freifrau, Graf)		Vorsatzwort zum Namen (z.B.: von van)		Titel (z.B.: Prof. Dr. med.)	
Geburtsname				Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer				Telefonisch erreichbar tagsüber (Angabe freiwillig)	
Adresszusatz				Fax (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl		Wohnort			

## 3 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von:

**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen!**

Name Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)			
In der Eigenschaft als			
<input type="checkbox"/> gesetzliche/r Vertreter/in		<input type="checkbox"/> Vormund	
<input type="checkbox"/> Betreuer/in		<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r	
Straße, Hausnummer		Telefonisch erreichbar	
Adresszusatz		Fax	
Postleitzahl		Ort	

## 4 Begründung des Anspruches auf Waisenversorgung

### 4.1 die Waise ist

- leibliches Kind des Verstorbenen.  
> Bitte Geburtsurkunde beifügen.
- an Kindes Statt angenommen (Adoption)  
> Bitte Adoptionsurkunde oder/und Geburtsurkunde beifügen.
- Stiefkind oder Kind des Lebenspartners (eingetragene Lebenspartnerschaft) und wurde im Haushalt des Verstorbenen aufgenommen.  
> Bitte Meldebescheinigung und Geburtsurkunde beifügen.
- Pflegekind im Sinne des § 2 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 des Bundeskindergeldgesetzes.  
> Bitte Kindergeldbescheid beifügen.
- keines der vorgenannten Kinder.  
> Bitte weiter mit Ziffer 7.

### 4.2 die Waise hat das 18.Lebensjahr vollendet

- nein
- ja > Bitte R503 „Fragebogen/Bescheinigung zur Prüfung des Waisenversorgungsanspruches“ beifügen!

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

## 5 Andere Leistungen

Bitte **Unterlagen** zur Art, Beginn und Höhe **beifügen!**

Beziehen Sie oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder wurde eine dieser Leistungen beantragt?		
<b>5.1 Waisenrente</b> aus der <b>gesetzlichen Rentenversicherung</b> zahlende Stelle (Rentenversicherungsträger)		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Postrentennummer oder Versicherungsnummer		
<b>5.2 Hinterbliebenenversorgung</b> nach <b>beamtenrechtlichen</b> Vorschriften Versorgungsdienststelle		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Aktenzeichen		
<b>5.3 Waisenrente</b> aus der <b>gesetzlichen Unfallversicherung</b> (Auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren beziehungsweise Abfindungen angeben!) Bezugszeitraum von – bis / beantragt am		Jahr der Abfindung
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
zahlende Stelle		
Aktenzeichen , <b>Zahlzeichen</b> , eventuell <b>Postrentennummer</b>		
<b>5.4 Hinterbliebenenversorgung</b> vom <b>Versorgungsamt</b> , Landschaftsverband Bezugszeitraum von – bis / beantragt am		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
zahlende Stelle		
Aktenzeichen		
<b>5.5 Unterhaltsvorschuss</b> vom Jugendamt oder Sozialamt Bezugszeitraum von – bis / beantragt am		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
zahlende Stelle		
Aktenzeichen		
<b>5.6 Kinderzuschlag</b> zum Kindergeld von der Familienkasse Bezugszeitraum von – bis / beantragt am		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
zahlende Stelle		
Aktenzeichen		
<b>5.7 Jugendhilfe</b> vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) Bezugszeitraum von – bis / beantragt am		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
zahlende Stelle		
Aktenzeichen		

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

noch zu 5

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>5.8 Sozialhilfe, Grundsicherung</b> vom Sozialleistungsträger Bezugszeitraum von – bis / beantragt am  zahlende Stelle  Art der Leistung  Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>5.9 Sonstige Leistungen</b> Bezugszeitraum von – bis / beantragt am  zahlende Stelle  Art der Leistung  Aktenzeichen

## 6 Einkommen

Bitte **Unterlagen** zur Art, Beginn und Höhe **beifügen!**

<b>6.1 Unterhaltsleistungen</b> von Elternteilen Ein Unterhalt wurde gerichtlich festgestellt <input type="checkbox"/> ja > Bitte <b>Beschluss</b> monatlicher Zahlbetrag beifügen _____  <input type="checkbox"/> nein > <b>Unterlagen</b> über das Einkommen des gesetzlich Unterhaltsverpflichteten beifügen <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht			
<b>6.2 Einkommen aus Versicherungen</b> Art der Versicherung (Lebensversicherung, Ausbildungsvericherung etc.)  _____  _____ Bitte <b>Unterlagen</b> zur Art und Höhe beifügen!			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  Bitte <b>Steuerbescheid</b> beifügen.	ab  Höhe	ab  Höhe	ab  Höhe
<b>6.4 Einkommen aus Kapitaleinkünften</b> (zum Beispiel: Zinsen, Dividenden)			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  Bitte <b>Steuerbescheid</b> beifügen.	ab  Höhe	ab  Höhe	ab  Höhe

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Schutzbereich 3** (wenn ausgefüllt)

### noch zu 6 Einkommen

<b>6.5 sonstige Einkommen</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja > bitte separates <b>Blatt</b> mit <b>Erläuterungen</b> und <b>Unterlagen</b> zur Art und Höhe beifügen!  _____
_____

### 7 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazu gehörenden Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ich verpflichte mich, dem Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr Referat VII 2.3.6 unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Antrags bis zum Erhalt des Bewilligungsbescheides

- eine Leistung nach Ziffer 5 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift oder Bankverbindung ändert.

Die Merkblätter "Leistungen der Kriegsopferversorgung – KOF“ und „Leistungen der Heil- und Krankenpflege – HuK“ habe ich zur Kenntnis genommen bzw. erhalten. (Beide Merkblätter sind einsehbar unter [www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/besoldung-versorgung-soldaten/soziales-entschaedigungsrecht](http://www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/besoldung-versorgung-soldaten/soziales-entschaedigungsrecht).)

Falls Sie auf Grund der anerkannten Wehrdienstbeschädigung der/des Verstorbenen nach § 10 Absatz 4 BVG einen Anspruch auf Krankenbehandlung haben, wenden sich bitte an das Referat Leistungen der Heil- und Krankenpflege (HuK) Referat VII 2.4.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

### 8 Anlagen

Zu den unter Ziffer 5 und 6 genannten Leistungen bzw. Einkommen ist jeweils ein Nachweis ab Folgemonat des Todes des Verstorbenen und falls Änderungen eingetreten sind ein aktueller Nachweis (Rentenbescheid etc.) beizufügen.

Es ist beigefügt:

- Sterbeurkunde (beglaubigte Kopie)
- Geburtsurkunde der / des Antragstellers / Antragstellerin (beglaubigte Kopie)
- R001 (Erklärung zur Bankverbindung)
- R007 (Erklärung zur Einwilligung zu Einkommensauskünften)
- R503 (Fragebogen/Bescheinigung zur Prüfung des Waisenversorgungsanspruches)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Falls Sie weitere Anlagen beifügen, vermerken Sie diese auf der Rückseite!