Personenkennziffer der / des Berechtigten

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

BUNDESWEHR

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

Eingangsvermerk

R502

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

Antrag auf

☐ **Weiterzahlung der Waisenversorgung für eine über 18 Jahre alte Waise**
☐ **erneute Zahlung (nach Zahlungsunterbrechung) der Waisenversorgung für eine über 18 Jahre alte Waise**

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 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. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

1 Angaben zur Person der über 18 Jahre alten Waise

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 Berechtigten

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

2 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von:

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen!

Name Vorname / Dienstelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)	
In der Eigenschaft als ☐ gesetzliche/r Vertreter/in ☐ Vormund ☐ Betreuer/in ☐ Bevollmächtigte/r	
Straße, Hausnummer	Telefonisch erreichbar
Adresszusatz	Fax
Postleitzahl	Ort

3 Begründung des Anspruches auf Waisenversorgung

3.1 Die Waisenrente wird beantragt wegen einer

☐ **Ausbildung** > Bitte Vordruck **R503** beifügen**, weiter** mit Ziffer **3.5.**

von - bis

☐ Ableistung eines **Freiwilligendienstes** _____

<u>nur bei Ableistung eines Freiwilligendienstes</u>

3.1.1 Besteht für Sie ein Kindergeldanspruch oder wurde Kindergeld beantragt?

☐ nein > Bitte Vordruck **R503** ausfüllen und beifügen**, weiter** mit Ziffer **3.4..**
Vordruck **R503** ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

☐ ja > Bitte **Kindergeldbescheid** beifügen.
Kindergeldbescheid ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht ☐ ist nicht beigefügt weil,

_____

3.1.2 Geht aus dem Kindergeldbescheid hervor, dass der Kindergeldanspruch auf einem Freiwilligendienst beruht?

☐ nein > Bitte die **Vereinbarung mit dem Träger des Freiwilligendienstes** beifügen.
Vereinbarung ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

☐ ja > Bitte **weiter** bei Ziffer **3.4.**

<u>Nur bei Waisenversorgung über das 27. Lebensjahr !</u>

3.2 Haben Sie Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst geleistet?

von - bis

☐ nein ☐ ja _____

Bitte **Dienstzeitbescheinigung** beifügen, sofern sie noch nicht vorgelegt wurde.

3.3 Liegt ein Grad der Behinderung von über 80 mit Merkzeichen H vor, wurde ein Pflegegrad 4 oder 5 festgestellt oder sind Sie wegen Ihrer Behinderung in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig?

☐ ja > Bitte **Nachweise** beifügen.

☐ nein > Bitte **ärztliche Bescheinigung** über die körperliche, geistige oder seelische Behinderung beifügen.

3.3.1 Familienstand ☐ verheiratet / Lebenspartnerschaft ☐ geschieden, verwitwet ☐ ledig

3.3.2 Erzielen Sie Arbeitsentgelt oder sonstiges Einkommen (zum Beispiel Krankengeld, Einkünfte aus Vermögen) oder besitzen Sie Vermögen?

☐ nein ☐ ja > Bitte **Nachweise** beifügen.

Personenkennziffer der / des Berechtigten

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

4 Angaben bei Zahlungsunterbrechung

Bitte nur angeben, falls die Waisenrente weggefallen war / ist und die Zahlung zu einem späteren Zeitpunkt (wieder) aufgenommen werden soll.

Welche Tatsachen waren / sind für die Unterbrechung maßgebend (zum Beispiel Krankheit, Arbeitslosigkeit, fehlende Ausbildungsstelle)?

_____

_____

Bitte **Nachweise** über Zeiten unvermeidbarer Unterbrechung (zum Beispiel Krankheitsbescheinigung) beifügen!

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?

5.1 Waisenrente aus der **gesetzlichen Rentenversicherung**

☐ nein ☐ ja

zahlende Stelle (Rentenversicherungsträger)

Postrentennummer oder Versicherungsnummer

5.2 Hinterbliebenenversorgung nach **beamtenrechtlichen** Vorschriften

☐ nein ☐ ja

Versorgungsdienststelle

Aktenzeichen

5.3 Waisenrente aus der **gesetzlichen Unfallversicherung**

(Auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren beziehungsweise Abfindungen angeben!)

☐ nein ☐ ja

Bezugszeitraum von – bis / beantragt am

Jahr der Abfindung

zahlende Stelle

Aktenzeichen **, Zahlzeichen, eventuell Postrentennummer**

5.4 Hinterbliebenenversorgung vom **Versorgungsamt**, Landschaftsverband

☐ nein ☐ ja

Bezugszeitraum von – bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

5.5 Unterhaltsvorschuss vom Jugendamt oder Sozialamt

☐ nein ☐ ja

Bezugszeitraum von – bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

5.6 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

☐ nein ☐ ja

Bezugszeitraum von – bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Personenkennziffer der / des Berechtigten

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

noch zu 5

5.7 Jugendhilfe vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII)

☐ nein ☐ ja

Bezugszeitraum von – bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

5.8 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialleistungsträger

☐ nein ☐ ja

Bezugszeitraum von – bis / beantragt am

zahlende Stelle

Art der Leistung

Aktenzeichen

5.9 Sonstige Leistungen

☐ nein ☐ ja

Bezugszeitraum von – bis / beantragt am

zahlende Stelle

Art der Leistung

Aktenzeichen

6 Einkommen

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

6.1 bürgerlich-rechtlicher **Unterhaltsanspruch** (insbesondere Unterhalt von Elternteilen)

Ein Unterhalt wurde gerichtlich festgestellt

☐ ja > Bitte **Beschluss** beifügen.

monatlicher Zahlbetrag

☐ nein > **Unterlagen** über das Einkommen des gesetzlich Unterhaltsverpflichteten beifügen.

☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

6.2 Einkommen aus **Versicherungen**

Art der Versicherung (Lebensversicherung, Ausbildungsversicherung etc.)

_____

_____

_____

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

6.3 Einkommen aus **Vermietung** und **Verpachtung**

☐ nein ☐ ja

Bitte **Steuerbescheid** beifügen.

ab	ab	ab
Höhe	Höhe	Höhe

Personenkennziffer der / des Berechtigten

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

noch zu 6

6.4 Einkommen aus **Kapitaleinkünften** (zum Beispiel: Zinsen, Dividenden)

☐ nein ☐ ja

Bitte **Steuerbescheid** beifügen.

ab	ab	ab
Höhe	Höhe	Höhe

6.5 sonstige Einkommen

☐ nein ☐ ja, bitte separates **Blatt** mit **Erläuterungen** und **Unterlagen** 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 Kriegsopferfürsorge – 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.)

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 Antragsmonat und falls Änderungen eingetreten sind ein aktueller Nachweis (Rentenbescheid etc.) beizufügen

Es ist beigefügt:

☐ R001 (Erklärung zur Bankverbindung)
☐ R007 (Erklärung zur Einwilligung zu Einkommensauskünften)
☐ R503 (Fragebogen/Bescheinigung zur Prüfung des Waisenversorgungsanspruches)

Personenkennziffer der / des Berechtigten

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

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