Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr
-Soziales Entschädigungsrecht-

Bundeswehr
Wir. Dienen. Deutschland.

Eingaben löschen

Bundesamt für das Personalmanagement
der Bundeswehr
Referat PA 2.2.3
Wilhelm-Raabe-Straße 46
40470 Düsseldorf

R501

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

1	2	1	2	6	6	W	3				

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 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 die entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter https://www.personal.bundeswehr.de/portal/a/pers/start/finanzielles/sozentschrecht 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 https://www.personal.bundeswehr.de/portal/a/pers/start/finanzielles/sozentschrecht zur Verfügung. 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 (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname	Frühere Namen	
Geburtsdatum	Geburtsort (Kreis, Land)	
Sterbedatum	Sterbeort (Kreis, Land)	

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

1	2	1	2	6	6	W	3				

2 Angaben zur Person der Waise

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

3 Antragstellung durch andere Personen

eventuell Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen!

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von:

Name Vorname / Dienstelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)	
In der Eigenschaft als ☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter	
Straße, Hausnummer	Telefonisch erreichbar tagsüber (Angabe freiwillig)
Adresszusatz	Fax (Angabe freiwillig)
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 Waise

1	2	1	2	6	6	W	3				

5 Andere Leistungen

Beziehet oder bezog die Waise eine der nachstehenden Leistungen oder wurde eine dieser Leistungen beantragt?

5.1 Waisenrente aus der **gesetzlichen Rentenversicherung**

zahlende Stelle

☐ nein ☐ ja

Postrentennummer oder Versicherungsnummer

5.2 Waisengeld nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen, entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis, von einer öffentlich-rechtlichen Versorgungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung einer Berufsgruppe

Name des Elternteils

☐ nein ☐ ja

Versorgungsdienststelle

Aktenzeichen

5.3 Waisenrente aus der **gesetzlichen Unfallversicherung** oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren beziehungsweise Abfindungen angeben)

Bezugszeitraum von – bis / beantragt am Jahr der Abfindung

☐ nein ☐ ja

zahlende Stelle

Aktenzeichen

5.4 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

Bezugszeitraum von – bis / beantragt am

☐ nein ☐ ja

zahlende Stelle

Aktenzeichen

5.5 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger

Bezugszeitraum von – bis / beantragt am

☐ nein ☐ ja

zahlende Stelle

Art der Leistung

Aktenzeichen

5.6 Unterhaltsvorschuss vom Jugendamt oder Sozialamt

Bezugszeitraum von – bis / beantragt am

☐ nein ☐ ja

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

Personenkennziffer der Waise

1	2	1	2	6	6	W	3				

Noch zu Ziffer 5

5.7 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

Bezugszeitraum von – bis / beantragt am

☐ nein ☐ ja

zahlende Stelle

Aktenzeichen

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

Bezugszeitraum von – bis / beantragt am Jahr der Abfindung

☐ nein ☐ ja

zahlende Stelle

Aktenzeichen

5.9 Sonstige Leistungen

Bezugszeitraum von – bis / beantragt am

☐ nein ☐ ja

zahlende Stelle

Art der Leistung

Aktenzeichen

6 Einkommen

6.1 Unterhaltsleistungen von Elternteilen

Ein Unterhalt wurde gerichtlich Festgestellt monatlicher Zahlbetrag

☐ ja, bitte **Beschluss** beifügen

☐ nein, bitte **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

ab	ab	ab
Höhe	Höhe	Höhe

Gegebenenfalls **Steuerbescheid** nachreichen.

6.4 sonstige Einkommen

☐ nein ☐ ja → Bitte **separates Blatt** mit Auflistung bzw. Erläuterungen beifügen.
Bitte **Unterlagen** zur Art und Höhe beifügen.

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

Personenkennziffer der Waise

1	2	1	2	6	6	W	3				

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 PA 2 -Soziales Entschädigungsrecht- unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Antrags bis zum Erhalt des Bewilligungsescheides

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

Die Merkblätter "Leistungen der Kriegsopferfürsorge – KOF“ und „Leistungen der Heil- und Krankenpflege – HuK“ habe ich erhalten bzw. zur Kenntnis genommen. (Sind einsehbar unter https://www.personal.bundeswehr.de/portal/a/pers/start/finanzielles/sozentschrecht.)

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

8 Anlagen

Es ist beigefügt:

☐ Erklärung zur Bankverbindung (R001)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____