

Eingangsvermerk

Name	Vorname
Geburtsname	Frühere Namen
Geburtsdatum	Geburtsort (Kreis, Land)
Sterbedatum	Sterbeort (Kreis, Land)

Name	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Telefonische Erreichbarkeit (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort

Bitte Vollmacht oder Beschluss des Gerichts beifügen.

Name	Vorname
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	Telefonische Erreichbarkeit (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort

4.1 die Waise ist

- ☐ leibliches Kind der/des Verstorbenen
Bitte Geburtsurkunde beifügen
- ☐ an Kindes statt angenommen (Adoption)
Bitte Adoptionsurkunde oder/und Geburtsurkunde beifügen
- ☐ Stiefkind oder Kind der Lebenspartnerin / 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 Kindergeldbescheinigung beifügen
- ☐ keines der vorgenannten Kinder.
Bitte weiter mit Ziffer 7.

☐ Nein

- ☐ Ja Bitte „Fragebogen Prüfung Waisenversorgung“ beifügen.

Bitte Unterlagen zu Art, Beginn, Änderung 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	zahlende Stelle (Rentenversicherungsträger)
<input type="checkbox"/> Nein	Postrentennummer oder Versicherungsnummer
<input type="checkbox"/> Ja	

5.2 Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Versorgungsdienststelle	
	Aktenzeichen	
5.3 Waisenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung (Auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren beziehungsweise Abfindungen angeben!)		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bezugszeitraum von – bis / beantragt am	Jahr der Abfindung
	zahlende Stelle	
	Aktenzeichen, Zahlzeichen , eventuell Postrentennummer	
5.4 Hinterbliebenenversorgung vom Versorgungsamt, Landschaftsverband		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bezugszeitraum von – bis / beantragt am	
	zahlende Stelle	
	Aktenzeichen	
5.5 Unterhaltsvorschuss vom Jugendamt oder Sozialamt		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bezugszeitraum von – bis / beantragt am	
	zahlende Stelle	
	Aktenzeichen	
5.6 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bezugszeitraum von – bis / beantragt am	
	zahlende Stelle	
	Aktenzeichen	
5.7 Jugendhilfe vom Jugendamt oder nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII)		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bezugszeitraum von – bis / beantragt am	
	zahlende Stelle	
	Aktenzeichen	

6.) Einkommen
Bitte Unterlagen zu Art, Beginn und Höhe beifügen

WWW.BUNDESWEHR.DE

7.) Erklärung der/des Antragstellenden

Ich verpflichte mich, das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr Referat VII 2.3 unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Antrags bis zum Erhalt des Bewilligungsbescheides

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

Ort, Datum

Unterschrift der/des Antragstellenden

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

BUNDESWEHR

8.) Anlagen

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

Es ist beigefügt:

- ☐ Sterbeurkunde (beglaubigte Kopie)
- ☐ Geburtsurkunde
- ☐ Erklärung zur Einwilligung zu Einkommensauskünften (R005)
- ☐ Fragebogen Prüfung Waisenversorgung (R503)

Falls Sie weitere Anlagen beifügen, vermerken Sie diese bitte auf der Rückseite.