

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

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

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



Bundesamt für das Personalmanagement
der Bundeswehr
Referat VII 2.3
Wilhelm-Raabe-Straße 46
40470 Düsseldorf

Eingangsvermerk

Versorgung nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)
hier: Fragebogen / Bescheinigung zur Prüfung des Waisenversorgungsanspruches (R503)

1.) Angaben zur verstorbenen Person

Bitte Sterbeurkunde beifügen, soweit hier noch nicht vorliegend.

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

2.) Angaben zur Person der über 18 Jahre alten Waisen

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

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

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

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



BUNDESWEHR

3.) Antragstellung durch andere Person / Der Antrag wird in Vertretung gestellt von:

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.) Angaben über die Ausbildung

4.1 Sind Sie derzeit in Ausbildung?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Art der Ausbildung
4.2 Beabsichtigen Sie die Aufnahme einer (weiteren) Ausbildung?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Art der Ausbildung
	voraussichtlicher Beginn
	weitere Angaben zu der beabsichtigten Ausbildung

5.) Angaben über Teilzeitunterricht, Abendunterricht beziehungsweise Fernunterricht

5.1 Handelt es sich bei der nachfolgend bescheinigten Ausbildung um Teilzeitunterricht oder Abendunterricht?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	An wie vielen Tagen muss die Ausbildungsstätte regelmäßig wöchentlich aufgesucht werden? bitte weiter bei Ziffer 3.3
5.2 Handelt es sich bei der unter Ziffer 4 bestätigten Ausbildung um Fernunterricht?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Muss die Ausbildungsstätte regelmäßig wöchentlich aufgesucht werden und wie oft? bitte weiter bei Ziffer 3.3
5.3 Welche Zeit beansprucht der Schulweg? (Bitte Minuten für die einfache Wegstrecke angeben.)	

Ort, Datum	Unterschrift der/des Antragstellenden

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



6.) Bescheinigung

6.1) Schule, Fachschule, Fachhochschule, Hochschule

Name/Vorname			Geburtsdatum					
befindet sich in			zurzeit Klasse / Semester					
<input type="checkbox"/> Schulausbildung			seit (erster Unterrichtstag in dieser Klasse / diesem Semester)					
<input type="checkbox"/> Vollzeitunterricht			vom - bis					
<input type="checkbox"/> Teilzeitunterricht			vom - bis					
			Unterrichtsdauer wöchentlich					
			vom Ausbildungsinstitut für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit (wöchentlich)					
<input type="checkbox"/> Fachschulausbildung			zurzeit Klasse / Semester					
			seit (erster Unterrichtstag in dieser Klasse / diesem Semester)					
<input type="checkbox"/> Vollzeitunterricht			vom - bis					
<input type="checkbox"/> Teilzeitunterricht			vom - bis					
			Unterrichtsdauer wöchentlich					
			vom Ausbildungsinstitut für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit (wöchentlich)					
<u>voraussichtliche</u> Beendigung der Ausbildung / Abschluss			Tag / Monat / Jahr					
Aushändigung des letzten Zeugnisses			_____					Tag / Monat / Jahr
Bei Fachschule ggf. ergänzend Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses am			_____					
<input type="checkbox"/> Fachhochschulausbildung / Hochschulbildung / Hochschulbildung			seit (Beginn des Studiums)					
			zurzeit Semester (Datum des Semesterbeginns)					
			erforderliche Semester					
			voraussichtliche Semester bis Abschluss					
			Abschluss durch					
			Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses am (Tag / Monat / Jahr)					

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



Wurde das Studium erst nach Vorlesungsbeginn begonnen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____ Tag / Monat / Jahr Grund _____	
<input type="checkbox"/> Beurlaubung vom Studium <input type="checkbox"/> zurzeit vom Studium beurlaubt vom - bis _____ Grund der Beurlaubung _____	
<input type="checkbox"/> beurlaubt für das nächste Semester vom - bis _____ Grund der Beurlaubung _____	
<input type="checkbox"/> Teilnahme an einem Fernlehrgang (Fernunterricht) angestrebter Abschluss _____ Unterrichtsstunden wöchentlich _____ vom Ausbildungsinstitut für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit (wöchentlich) _____ voraussichtliche Beendigung der Ausbildung / Abschluss am (Tag / Monat / Jahr) der Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses _____	
<input type="checkbox"/> Abendunterricht oder Teilzeitstudium angestrebter Abschluss _____ Unterrichtsstunden wöchentlich _____ vom Ausbildungsinstitut für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit (wöchentlich) _____ voraussichtliche Beendigung der Ausbildung / Abschluss am (Tag / Monat / Jahr) der Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses _____	
<input type="checkbox"/> berufsbezogenes Praktikum / Referendariat Das Praktikum vom _____ bis _____ ist nach den Ausbildungsplänen beziehungsweise Studienplänen der Schule, Fachschule, Fachhochschule, Hochschule verlangt, gewünscht oder empfohlen <input type="checkbox"/> in vollem Umfang <input type="checkbox"/> im Umfang von _____ Monaten.	
Ort, Datum	Telefon (Durchwahl)
Unterschrift	Stempel der Schule, Fachschule, Fachhochschule, Hochschule

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



7.) Berufsausbildung

Name / Vorname	Geburtsdatum					
befindet sich in <input type="checkbox"/> Berufsausbildung vom - bis _____ <hr/> <input type="checkbox"/> Vollzeitausbildung vom - bis _____ <hr/> <input type="checkbox"/> Teilzeitausbildung vom - bis _____ <hr/> Ausbildungszeit wöchentlich _____ <hr/> vom Ausbildungsinstitut für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit (wöchentlich) _____ <hr/> voraussichtliche Beendigung der Ausbildung / Abschluss am (Tag / Monat / Jahr der Bekanntgabe Prüfungszeugnisses) _____						
<input type="checkbox"/> berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme vom - bis _____ Förderung der Maßnahme von der Bundesagentur für Arbeit <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja > Gesetzliche Grundlage dieser Maßnahme _____ Bescheinigung nach der Berufsausbildungsvorbereitungs-Bescheinigungsverordnung (BAVBVO) vorgesehen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Bitte individuellen Qualifizierungsplan und Bescheinigung über zeitlichen Umfang der Maßnahme beifügen!						
<input type="checkbox"/> berufsbezogenes Praktikum / Referendariat Das Praktikum vom _____ bis _____ ist nach den Ausbildungsplänen beziehungsweise Studienplänen der Schule, Fachschule, Fachhochschule, Hochschule verlangt, gewünscht oder empfohlen <input type="checkbox"/> in vollem Umfang <input type="checkbox"/> im Umfang von _____ Monaten.						
Höhe der Ausbildungsvergütung						
ab	ab	ab	ab	ab	ab	ab
Höhe	Höhe	Höhe	Höhe	Höhe	Höhe	Höhe
Ort, Datum				Telefon (Durchwahl)		
Unterschrift				Firmenstempel der Ausbildungsstätte		

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

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

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



BUNDESWEHR

8.) Praktikum / Referendariat (Bestätigung der Praktikumsstätte)

Name /Vorname	Geburtsdatum	
befindet sich in		
<input type="checkbox"/> berufsbezogenem Praktikum/Referendariat	seit	
als (Bezeichnung der Tätigkeit / angestrebte Qualifikation)		
Der zeitliche Umfang der Praktikattätigkeit beträgt täglich <input type="text"/> <input type="text"/> Stunden. Das Praktikum / Referendariat steht im Zusammenhang mit einer Schulausbildung, Fachschulausbildung, Fachhochschulausbildung oder Hochschulausbildung		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Das Praktikum steht im Zusammenhang mit einer Berufsausbildung oder einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Ort, Datum	Telefon (Durchwahl)	
Unterschrift	Firmenstempel der Praktikumsstätte	

9.) Freiwilligendienst

Name /Vorname	Geburtsdatum	
leistet einen Freiwilligendienst vom - bis		
Genauere Bezeichnung des Freiwilligendienstes, zum Beispiel freiwilliges soziales oder freiwilliges ökologisches Jahr, Freiwilligendienst der EU, anderer Dienst im Ausland (§ 5 des Bundesfreiwilligengesetzes) entwicklungspolitischer Freiwilligendienst „weltwärts“, Freiwilligendienst aller Generationen, Internationaler Jugendfreiwilligendienst, Bundesfreiwilligendienst		
Bezeichnung des Trägers		
Bezeichnung der Zulassungsbehörde		
Datum des Zulassungsbescheides		
Ort, Datum	Telefon (Durchwahl)	
Unterschrift	Dienststempel / Firmenstempel	

