

## Rentenstelle der Stadtverwaltung Lampertheim

Im Haus am Römer, Domgasse 2

Frau Hintze, Zimmer 116  
Tel.: 06206/935-217  
christine.hintze@lampertheim.de

Herr Dexler, Zimmer 117  
Tel.: 06206/935-472  
andreas.dexler@lampertheim.de

Rentantragstellung am .....um .....Uhr

### **Checkliste für Antrag auf eine Rente wegen Erwerbsminderung**

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen mit:

- Personalausweis oder Reisepass
- Aufenthaltserlaubnis/ Tag des Zuzugs nach Deutschland
- Vertriebenen-/Spätaussiedlerausweis
- Steueridentifikationsnummer
- Internationale Bankverbindung IBAN/BIC (Bankkarte)
- Krankenversicherungsnummer (Gesundheitskarte)
- Krankenkasse (Anschrift) **seit dem 01.01.1992** (von wann bis wann waren Sie Pflichtmitglied, freiwilliges Mitglied oder familienversichert) – **siehe Rückseite**
- Nachweis der Elterneigenschaft (Geburtsurkunde des Kindes, Familienbuch o.ä.)
- Aktuelle Rentenauskunft incl. Versicherungsverlauf
- Vollmacht und Personalausweis der/des Bevollmächtigten
- Nachweis über abgeschlossene Berufsausbildung (Gesellen-, Facharbeiter- oder Kaufmannsgehilfenbrief sowie Lehrvertrag) – sofern bei DRV noch nicht bekannt -
- jährliche Meldebescheinigungen zur Sozialversicherung – sofern Lücken vorhanden sind
- Bescheid Agentur für Arbeit / Bescheid Job Center
- Nachweis über Bezug von Krankengeld / Übergangsgeld – incl. Zeitraum -
- Nachweis Rentenversicherung Ausland, Nachweis gesetzliche Unfallrente
- Betriebsrente / Zusatzrente (Adresse und Aktenzeichen)
- Schwerbehindertenausweis bzw. Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes (bei Altersrente für schwerbehinderte Menschen)
- Unterlagen über Gesundheitsstörungen (ggf. Befunde / Arztberichte)
- Name und Anschrift der behandelnden Ärzte – *siehe Beiblatt*
- Daten stationäre Aufenthalte (3 Jahre rückwirkend) – *siehe Beiblatt*
- Beschäftigungsübersicht – *siehe Beiblatt*

Unter anderem werden folgende Angaben im persönlichen Gespräch noch ergänzend abgefragt:

- Familienstand und ggf. Tag der Eheschließung
- gab es frühere Namen (z.B. auf Grund von Scheidung)
- wurde ein Versorgungsausgleich durchgeführt?
- Wohnort am 18.05.1990
- Name und Anschrift des letzten Arbeitgebers
- Seit wann und aus welchem Grund halten Sie sich für erwerbsgemindert?
- wie viele Stunden täglich und welche Tätigkeiten können Sie noch ausüben?

**Wie waren sie bisher krankenversichert? Angaben sind frühestens ab dem 01.01.1992 erforderlich**

---

**Name - Anschrift der Krankenkasse, des priv. Krankenversicherungsunternehmens**

---

Art der Versicherung – Mitglied, Familienversicherung, Privat, keine

---

Zeitraum von – bis

---

**Name - Anschrift der Krankenkasse, des priv. Krankenversicherungsunternehmens**

---

Art der Versicherung – Mitglied, Familienversicherung, Privat, keine

---

Zeitraum von – bis

---

**Name - Anschrift der Krankenkasse, des priv. Krankenversicherungsunternehmens**

---

Art der Versicherung – Mitglied, Familienversicherung, Privat, keine

---

Zeitraum von – bis

---

**Name - Anschrift der Krankenkasse, des priv. Krankenversicherungsunternehmens**

---

Art der Versicherung – Mitglied, Familienversicherung, Privat, keine

---

Zeitraum von – bis

**Bitte bringen Sie folgende Formulare vollständig ausgefüllt zu Ihrem Termin mit!**

<b>Zeitraum von – bis</b>	<b>Genau Bezeichnung der Beschäftigung oder Tätigkeit</b>	<b>Aufgegeben wegen (z.B. Krankheit, Kündigung)</b>

**Bei wem waren Sie in der letzten Zeit in ambulanter ärztlicher  
Behandlung?**

---

**Hausarzt (Name, Vorname), Anschrift**

---

Telefonnummer:

---

Behandlung wegen - seit wann sind Sie in Behandlung?

---

---

**Arzt (Name, Vorname), Anschrift**

---

Telefonnummer:

---

Behandlung wegen – seit wann sind Sie in Behandlung?

---

---

**Arzt (Name, Vorname), Anschrift**

---

Telefonnummer:

---

Behandlung wegen – seit wann sind Sie in Behandlung?

---

---

**Arzt (Name, Vorname), Anschrift**

---

Telefonnummer:

---

Behandlung wegen – seit wann sind Sie in Behandlung?

---

---

**Arzt (Name, Vorname), Anschrift**

---

Telefonnummer:

---

Behandlung wegen – seit wann sind Sie in Behandlung?

---

**Waren Sie in den letzten 3 Jahren in stationärer Behandlung?**

---

**Name des Krankenhauses – genaue Anschrift**

---

Abteilung, Station

---

Behandlung wegen – Aufenthalt von – bis

---

---

**Name des Krankenhauses – genaue Anschrift**

---

Abteilung, Station

---

Behandlung wegen – Aufenthalt von - bis

---

---

**Name des Krankenhauses – genaue Anschrift**

---

Abteilung, Station

---

Behandlung wegen – Aufenthalt von - bis

---

---

**Name des Krankenhauses – genaue Anschrift**

---

Abteilung, Station

---

Behandlung wegen – Aufenthalt von - bis