



**Antrag auf Gewährung einer Ausgleichsleistung/Beihilfe
 für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft und deren Witwen, Witwer und Vollwaisen**

1. **Persönliche Daten des Antragstellers/der Antragstellerin** **Aktenzeichen:**

Name: ggf. Geburtsname			Familienstand	
Vorname:			<input type="radio"/>	ledig
Straße, Haus-Nr.:			<input type="radio"/>	verheiratet seit:
PLZ, Ort			<input type="radio"/>	verwitwet seit:
Geburtsdatum:		Telefon:	<input type="radio"/>	geschieden seit:
Wichtig!	Hatten Sie vor dem 1. Juli 1990 Ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet?		<input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein

Persönliche Steuer-/Identifikationsnummer, die Ihnen vom Bundeszentralamt für Steuern erteilt wurde (11-stellig):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

2. **Angaben zum Rentenbezug** **Eigene Rentenversicherungs-Nr.:**

Ich erhalte oder habe folgende Rente beantragt:	Beginn der Rente	Name/Sitz des Rentenversicherungsträgers
<input type="radio"/> Berufsunfähigkeitsrente		
<input type="radio"/> Rente wegen Erwerbsminderung/ Erwerbsunfähigkeitsrente		
<input type="radio"/> Altersrente		
<input type="radio"/> Witwen-/Witwerrente		
<input type="radio"/> Vollwaisenrente		
<input type="radio"/> Erziehungsrente		

3. **Daten des Ehegatten/der Ehegattin bzw. bei Vollwaisen der Eltern**

Name: ggf. Geburtsname	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

4. **Bei Antragstellung durch die Witwe/den Witwer sind die nachstehenden Punkte auszufüllen:**

Sterbedatum:	Datum der Eheschließung:	
Der/die Verstorbene bezog folgende Rente, bzw. hatte folgende Rente beantragt:	Beginn der Rente	Name/Sitz des Rentenversicherungsträgers
<input type="radio"/> Berufsunfähigkeitsrente		
<input type="radio"/> Rente wegen Erwerbsminderung/ Erwerbsunfähigkeitsrente		
<input type="radio"/> Altersrente		
<input type="radio"/> Erziehungsrente		

5. **BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN! (bei eigenem Anspruch)**
 Geben Sie bitte **alle** **rentenversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse** in der **Land- und Forstwirtschaft** an (Falls die vorgesehenen Zeilen nicht ausreichen, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt!):

Name und Anschrift des Arbeitgebers:		
beschäftigt	vom:	bis:
beschäftigt	als:	

Name und Anschrift des Arbeitgebers:		
beschäftigt	vom:	bis:
beschäftigt	als:	

Name und Anschrift des Arbeitgebers:		
beschäftigt	vom:	bis:
beschäftigt	als:	

Name und Anschrift des Arbeitgebers:		
beschäftigt	vom:	bis:
beschäftigt	als:	

Name und Anschrift des Arbeitgebers:		
beschäftigt	vom:	bis:
beschäftigt	als:	

6. Nur ausfüllen bei **Antragstellung durch die Witwe/den Witwer, bzw. den Vollwaisen!**
 Geben Sie bitte **alle** **rentenversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse** des/der verstorbenen Ehegatten/ Ehegattin, bzw. der Eltern in der **Land- und Forstwirtschaft** an:

Name und Anschrift des Arbeitgebers:		
beschäftigt	vom:	bis:
beschäftigt	als:	

Name und Anschrift des Arbeitgebers:		
beschäftigt	vom:	bis:
beschäftigt	als:	

Name und Anschrift des Arbeitgebers:		
beschäftigt	vom:	bis:
beschäftigt	als:	

Name und Anschrift des Arbeitgebers:		
beschäftigt	vom:	bis:
beschäftigt	als:	

Name und Anschrift des Arbeitgebers:		
beschäftigt	vom:	bis:
beschäftigt	als:	

Bitte kreuzen Sie „ja“ an, wenn Sie eine entsprechende Leistung beziehen!

7. Hat der/die unter 1. bzw. 3. Genannte aufgrund landesrechtlicher Vorschriften eine **Anpassungshilfe** erhalten?

<input type="radio"/> ja, vom		bis		Aktenzeichen:
Von welcher Stelle?				

8. Hat der/die unter 1. bzw. 3. Genannte Anspruch auf **Vorruhestandsgeld**?

<input type="radio"/> ja, vom		bis		
Von welchem Arbeitgeber?				

9. Hat der/die unter 1. bzw. 3. Genannte Anspruch auf **Ausgleichsgeld gemäß FELEG**?

<input type="radio"/> ja, vom		bis		Aktenzeichen:
Von welcher landw. Alterskasse?				

10. Hat der/die unter 1. bzw. 3. Genannte Anspruch auf **eine oder mehrere der nachstehenden Leistungen aus einem land- oder forstwirtschaftlichen Arbeitsverhältnis** erworben? Wenn ja, bitte **Nachweise beifügen!**

a) **Anspruch gegen eine andere Zusatzversorgungskasse, Renten- oder Lebensversicherung** aufgrund gesetzlicher, vertraglicher oder tarifvertraglicher Vorschriften (z.B. Betriebsrenten, Leistungen aus einer Pensions- oder Unterstützungskasse, Leistungen der Versorgungsanstalten des Bundes und der Länder, bzw. der Gemeinden); ein Anspruch besteht auch dann, wenn die Leistung abgefunden wurde.

<input type="radio"/> ja, seit			Aktenzeichen:
Von welcher Stelle?			
Aufgrund welches Arbeitsverhältnisses wurde der Anspruch erworben?			
Handelt es sich um einen Witwen(r)-Anspruch?			<input type="radio"/> ja

b) Hat Ihr Arbeitgeber **Beiträge der Höherversicherung** in der gesetzlichen Rentenversicherung oder zu einer **Lebensversicherung** entrichtet und ist deshalb eine Befreiung von einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung eingetreten?

<input type="radio"/> ja, seit			Aktenzeichen:
Von welcher Stelle?			

c) Anspruch auf Versorgung nach **beamten- oder kirchenrechtlichen Vorschriften** oder Grundsätzen?

<input type="radio"/> ja, seit			Aktenzeichen:
Von welcher Stelle?			

d) **Anspruch auf Ruhegeld** nach einer Ruhelohnordnung oder einer entsprechenden Bestimmung?

<input type="radio"/> ja, seit			Aktenzeichen:
Von welcher Stelle?			

e) **Anspruch auf Altersrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, Witwen(r)-Rente oder Landabgaberente von einer landwirtschaftlichen Alterskasse?**

<input type="radio"/> ja, seit			Aktenzeichen:
Von welcher Stelle?			

f) Ist eine **der vorstehenden Leistungen** beantragt worden?

<input type="radio"/> ja, wann?			Aktenzeichen:
Bei welcher Stelle?			

11. Angaben über das Krankenversicherungsverhältnis des Antragstellers/der Antragstellerin		
Krankenversicherungsschutz besteht	<input type="radio"/> als Mitglied	<input type="radio"/> als Familienversicherte(r)
	<input type="radio"/> Private Krankenversicherung	<input type="radio"/> nicht versichert
Name der Kasse:		Mitglieds-Nr.
Anschrift:		

12. Ist der Rentenbezug aus der gesetzlichen Rentenversicherung unter den Punkten 2 bzw. 4 auf einen Unfall oder ein sonst schädigendes Ereignis (z.B. Berufskrankheit) zurückzuführen?	
<input type="radio"/> ja	Aktenzeichen der Berufsgenossenschaft:
Von welcher landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft wird eine Unfall- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente gezahlt?	
Bitte fügen Sie diesem Antrag den Bewilligungsbescheid der Berufsgenossenschaft bei!	

13. Wie lautet Ihre Bankverbindung?			
Name der Bank			Sitz der Bank
BIC			
IBAN			
Konto-Inhaber			

14. Sie haben ein <input type="radio"/> leibliches Kind <input type="radio"/> Pflegekind <input type="radio"/> Adoptivkind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> kein Kind

15. Bitte fügen Sie diesem Antrag unbedingt folgende Unterlagen (möglichst als Kopie) bei:	
Rentenbescheid: Erstbewilligung einer Rente (Seite 1 und 2) und Versicherungsverlauf (Anlage zum Bescheid)	
Beschäftigungsnachweis (nur wenn er diesem Antrag beigelegt war)	
Sozialversicherungsnachweise, Versicherungsbücher	Bitte senden Sie Antrag und Unterlagen zurück an: Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft Postfach 41 03 55 34065 Kassel Telefon: 0561-93279-0 Fax: 0561-93279-70
Aufrechnungsbescheinigungen, Heiratsurkunde	
sonstige Beitrags- oder Arbeitsnachweise	
Seite 1 und 2 Ihres Witwen- / Witwer-Rentenbescheides, Sterbeurkunde	
Kindernachweis für 1 Kind (z.B. Geburtsurkunde, Abstammungsbuch, Familienbuch, Kindergeldbescheid, Vaterschaftsanerkennungs- oder Vaterschaftsfeststellungs-urkunde oder Nachweis als Adoptiv- oder Pflegeeltern)	

Erklärung

Die vorstehenden Angaben beruhen auf Wahrheit.

Mir ist bekannt, dass die Ausgleichsleistung/Beihilfe zurückgefordert werden kann, wenn ich zu deren Erlangung wissentlich falsche Angaben gemacht oder Angaben unterlassen habe, die für die Beurteilung der Gewährung der Ausgleichsleistung/Beihilfe maßgebend sind. **Änderungen in den Verhältnissen, die für Gewährung der Ausgleichsleistung/Beihilfe wesentlich sind, werde ich der Zusatzversorgungskasse unverzüglich mitteilen** (z. B. Wechsel der Krankenkasse, Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung, spätere Leistung von der landwirtschaftlichen Alterskasse)!

Die hiermit angeforderten Daten werden unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes und des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch erhoben. Ihre Kenntnis ist zur Durchführung des Feststellungsverfahrens für die Gewährung einer Ausgleichsleistung nach dem Gesetz über die Errichtung einer Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft (ZVALG) und einer Beihilfe nach dem Tarifvertrag über die Zusatzversorgung der Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft (TV) erforderlich. Näheres hierzu ergibt sich aus der Information „Hinweise zum Schutz der Sie betreffenden Daten“, die dem Schreiben zur Übersendung des Antragsformulars beiliegt.

Ort	Datum	Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin, bzw. des Betreuers oder der Betreuerin
-----	-------	--