

Versicherungsnummer

**Geschäftsstelle der
Stiftung Härtefallfonds
44781 Bochum**

**Antrag auf eine pauschale Einmalzahlung zur
Abmilderung von Härtefällen in der Ost-West-
Rentenüberleitung**

HFF01

Hinweis: Eine pauschale Einmalzahlung kann nur gezahlt werden, wenn Sie vor dem 2. Januar 1952 geboren sind. Um über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen und Unterlagen. Wir bitten Sie deshalb, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen zu übersenden. Kopien der Unterlagen sind ausreichend.

1 Angaben zur Person

**Handschriftliche Ergänzungen bitte
in Druckschrift in schwarz oder blau**

Bitte Nachweise beifügen

zum Beispiel Geburtsurkunde, Abstammungsurkunde, Personalausweis oder Reisepass

Name	
Vorname (Rufname)	
Geburtsname	
frühere Namen	
Geburtsdatum	
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsort	
Straße, Hausnummer (Hauptwohnung)	
Adresszusatz	
Postleitzahl	Wohnort
Land	
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
E-Mail (Angabe freiwillig)	

Versicherungsnummer

2 Antragstellung durch andere Personen

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname oder Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)	
in der Eigenschaft als <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter	
Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl	Wohnort
Land	
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
E-Mail (Angabe freiwillig)	

3 Zahlungsweg

<input type="checkbox"/> Die pauschale Einmalzahlung soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden (IBAN siehe Kontoauszug oder Girocard/EC-Karte):
IBAN (International Bank Account Number)
D E
Name des Geldinstituts
Name des Kontoinhabers:
Name
Vorname (Rufname)
<input type="checkbox"/> Die pauschale Einmalzahlung soll auf ein Konto außerhalb Deutschlands überwiesen werden:
Name und Sitz des Geldinstituts
Bankleitzahl des Geldinstituts
BIC/SWIFT-Code
IBAN International Bank Account Number (sofern keine IBAN von der Bank verwendet wird, die Kontonummer)
Name des Kontoinhabers:
Name
Vorname (Rufname)

Versicherungsnummer

5.2 Waren Sie im Beitragsgebiet mindestens 10 Jahre ununterbrochen bei der Deutschen Reichsbahn, der Deutschen Post oder im Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigt?

- nein, bitte weiter bei Ziffer 5.3
 ja, bitte als Nachweis die Dienstzeitbescheinigung über die ununterbrochene 10-jährige Beschäftigung beifügen.

Liegt die Dienstzeitbescheinigung nicht mehr vor, bitte Dauer der Beschäftigungszeiten sowie Arbeitgeber/Betrieb angeben und Nachweise beifügen (zum Beispiel Sozialversicherungsausweis der DDR)

Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr
Beschäftigungszeit vom						
Arbeitgeber/Betrieb						
Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr
Beschäftigungszeit vom						
Arbeitgeber/Betrieb						
Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr
Beschäftigungszeit vom						
Arbeitgeber/Betrieb						

5.3 Waren Sie im Beitragsgebiet mindestens 4 Jahre mit der Pflege von Familienangehörigen beschäftigt **und** haben Sie deshalb Ihre vorherige Beschäftigung vollständig aufgegeben?

- nein, bitte weiter bei Ziffer 5.4
 ja, bitte Dauer der Pflegezeiten sowie Tag der Aufgabe der Beschäftigung angeben und Nachweise beifügen.

Nachweise sind zum Beispiel: Pflegegeldbescheid der Sozialversicherung der DDR an die pflegebedürftige Person bei Pflegestufe 3 oder 4, Bescheid über Blindengeld der Stufe 4 bis 6 oder Bescheid über Sonderpflegegeld und Sozialversicherungsausweis der DDR oder andere Unterlagen, aus denen die Pflegetätigkeit sowie die Aufgabe der eigenen Beschäftigung hervorgehen.

Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr
Pflegezeit vom						
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)						
Tag	Monat	Jahr				
Aufgabe der eigenen Beschäftigung am						
Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr
Pflegezeit vom						
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)						
Tag	Monat	Jahr				
Aufgabe der eigenen Beschäftigung am						
Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr
Pflegezeit vom						
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)						
Tag	Monat	Jahr				
Aufgabe der eigenen Beschäftigung am						

Versicherungsnummer									

5.6 Haben Sie nach Beendigung Ihrer aktiven Laufbahn als Balletttänzerin oder Balletttänzer am 31. Dezember 1991 eine berufsbezogene Zuwendung erhalten?

nein, bitte weiter bei Ziffer 5.7

ja, bitte Nachweise beifügen

Nachweise sind zum Beispiel: Bescheid über die Gewährung einer berufsbezogenen Zuwendung an Ballettmitglieder in staatlichen Einrichtungen der DDR oder andere Dokumente, aus denen der Bezug dieser Zuwendung hervorgeht.

5.7 Sind Sie im Beitrittsgebiet nach mindestens 10-jähriger Ehedauer nach DDR-Recht geschieden worden **und** haben Sie während der Ehezeit mindestens ein Kind erzogen?

nein

ja, bitte Dauer der Ehezeit und Zeiten der Kindererziehung angeben und Nachweise beifügen

Nachweise sind zum Beispiel: Scheidungsurteil und Geburtsurkunde des Kindes

	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr	
Dauer der Ehezeit vom								
	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr	
Kindererziehung während der Ehezeit vom								

6 Erklärung der antragstellenden Person

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

Datenschutzhinweise

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in der Datenschutzerklärung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de/DE/Infos/Datenschutz/datenschutz.html. Sollten Sie keinen Internetzugang haben, können Ihnen diese Informationen auf dem Postweg zugesandt werden.