



Fragebogen / Bescheinigung zur Prüfung des Waisenrentenanspruchs

R0616

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de zur Verfügung.

1 Angaben zur Person der über 18 Jahre alten Waise

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Geburtsname		Geburtsdatum / Versicherungsnummer der Waise <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Tag Monat Jahr </div>	

2 Angaben über die Ausbildung

2.1 Sind Sie derzeit in Ausbildung? <div style="text-align: center;">Art der Ausbildung</div> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
2.2 Beabsichtigen Sie die Aufnahme einer (weiteren) Ausbildung? <div style="text-align: center;">Art der Ausbildung</div> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<div style="text-align: center;">voraussichtlicher Beginn</div>	
<div style="text-align: center;">weitere Angaben zu der beabsichtigten Ausbildung</div>	



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>

3 Angaben über Teilzeitunterricht, Abendunterricht beziehungsweise Fernunterricht

3.1 Handelt es sich bei der unter Ziffer 4 bestätigten Ausbildung um Teilzeitunterricht oder Abendunterricht? an wie vielen Tagen muss die Ausbildungsstätte regelmäßig wöchentlich aufgesucht werden <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input style="margin-right: 5px;" type="checkbox"/> nein <input style="margin-right: 5px;" type="checkbox"/> ja <div style="flex-grow: 1; border-bottom: 1px solid black; margin-left: 10px;"></div> </div> <div style="margin-top: 5px;">bitte weiter bei Ziffer 3.3</div>
3.2 Handelt es sich bei der unter Ziffer 4 bestätigten Ausbildung um Fernunterricht? muss die Ausbildungsstätte regelmäßig wöchentlich aufgesucht werden und wie oft <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input style="margin-right: 5px;" type="checkbox"/> nein <input style="margin-right: 5px;" type="checkbox"/> ja <div style="flex-grow: 1; border-bottom: 1px solid black; margin-left: 10px;"></div> </div>
3.3 Welche Zeit beansprucht der Schulweg? (bitte Minuten für die einfache Wegstrecke angeben) <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>
Anmerkungen
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 10px;"> Ort, Datum Telefon (Durchwahl) </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers </div>

Hinweis:

Bei Schule, Fachschule, Fachhochschule, Hochschule, berufsbezogenem Praktikum bitte **Ziffern 4 und gegebenenfalls 6** ausfüllen und bescheinigen lassen.

Bei Berufsausbildung, berufsvorbereitender Bildungsmaßnahme, berufsbezogenem Praktikum bitte **Ziffern 5 und gegebenenfalls 6** ausfüllen und bescheinigen lassen.

Bei Ableistung eines Freiwilligendienstes bitte **Ziffer 7** ausfüllen und bescheinigen lassen.



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

4 Bescheinigung der Schule, Fachschule, Fachhochschule, Hochschule

Name / Vorname		Geburtsdatum	
befindet sich in		zurzeit Klasse / Semester	
<input type="checkbox"/>	Schul Ausbildung	seit (erster Unterrichtstag in dieser Klasse / in diesem Semester)	
		zurzeit Klasse / Semester	
<input type="checkbox"/>	Fachschul Ausbildung	seit (erster Unterrichtstag in dieser Klasse / in diesem Semester)	
		vom - bis	
<input type="checkbox"/>	Vollzeitunterricht	vom - bis	
<input type="checkbox"/>	Teilzeitunterricht	Unterrichtsstunden wöchentlich	
		vom Ausbildungsinstitut für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit (wöchentlich)	
voraussichtliche Beendigung der Ausbildung / Abschluss			
		Tag / Monat / Jahr	
<input type="checkbox"/>	Aushändigung des letzten Zeugnisses am	Tag / Monat / Jahr	
<input type="checkbox"/>	bei Fachschule gegebenenfalls ergänzend: Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses am		
<input type="checkbox"/>	Fachhochschul Ausbildung beziehungsweise Hochschul Ausbildung	seit (Beginn des Studiums)	
		zurzeit Semester (Datum des Semesterbeginns)	
		erforderliche Semester	
		voraussichtliche Semester bis Abschluss	
		Abschluss durch	
		gegebenenfalls Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses am (Tag / Monat / Jahr)	
Wurde das Studium erst nach Vorlesungsbeginn aufgenommen?			
		Tag / Monat / Jahr	
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, am
		Grund	



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 4

☐

Beurlaubung vom Studium

vom - bis

☐

zurzeit vom Studium beurlaubt

Grund der Beurlaubung

vom - bis

☐

beurlaubt für das nächste Semester

Grund der Beurlaubung

☐

Teilnahme an einem Fernlehrgang (Fernunterricht)

Unterrichtsstunden wöchentlich

vom Ausbildungsinstitut für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit
(wöchentlich)

voraussichtliche Beendigung der Ausbildung / Abschluss am (Tag / Monat / Jahr der
Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses)

☐

Abendunterricht oder Teilzeitstudium

Unterrichtsstunden wöchentlich

vom Ausbildungsinstitut für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit
(wöchentlich)

voraussichtliche Beendigung der Ausbildung / Abschluss am (Tag / Monat / Jahr der
Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses)

☐

berufsbezogenem Praktikum

Das Praktikum vom _____ bis _____ ist nach den Ausbildungsplänen beziehungsweise
Studienplänen der Schule, Fachschule, Fachhochschule, Hochschule verlangt, gewünscht oder empfohlen:

☐

in vollem Umfang ☐ im Umfang von _____ Monaten

Ort, Datum

Telefon (Durchwahl)

Unterschrift

Stempel der Schule, Fachschule, Fachhochschule, Hochschule



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

5 Bescheinigung der Ausbildungsstätte

Name / Vorname		Geburtsdatum	
befindet sich in		vom - bis	
<input type="checkbox"/>	Berufsausbildung	vom - bis	
<input type="checkbox"/>	Vollzeitausbildung	vom - bis	
<input type="checkbox"/>	Teilzeitausbildung	Ausbildungszeit wöchentlich	
		vom Ausbildungsinstitut für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit (wöchentlich)	
voraussichtliche Beendigung der Ausbildung / Abschluss			
Tag / Monat / Jahr			
am _____ (Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses)			
vom - bis			
<input type="checkbox"/>	berufsvorbereitender Bildungsmaßnahme		
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 den zeitlichen Umfang der Maßnahme beifügen			
<input type="checkbox"/>	berufsbezogenem Praktikum		
Das Praktikum vom _____ bis _____ wird von der Ausbildungsstätte verlangt, gewünscht oder empfohlen:			
<input type="checkbox"/>	in vollem Umfang	<input type="checkbox"/>	im Umfang von _____ Monaten
Ort, Datum		Telefon (Durchwahl)	
Unterschrift der Ausbildungsstätte		Firmenstempel der Ausbildungsstätte	



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

6 Bescheinigung der Praktikumsstätte

Name / Vorname		Geburtsdatum	
befindet sich in			
		seit	
<input type="checkbox"/> berufsbezogenem Praktikum			
		als	
Der zeitliche Umfang der Praktikantentätigkeit beträgt _____ Stunden täglich. Das Praktikum 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 der Praktikumsstätte		Firmenstempel der Praktikumsstätte	

7 Bescheinigung über die Ableistung eines Freiwilligendienstes

Name / Vorname		Geburtsdatum	
leistet einen Freiwilligendienst			
vom - bis			
genaue Bezeichnung des Freiwilligendienstes, zum Beispiel freiwilliges soziales oder freiwilliges ökologisches Jahr, Freiwilligendienst der EU, Anderer Dienst im Ausland (§ 5 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes), entwicklungspolitischer Freiwilligendienst "weltwärts", Freiwilligendienst aller Generationen, Internationaler Jugendfreiwilligendienst, Bundesfreiwilligendienst			
Bezeichnung des Trägers, der Einsatzstelle beziehungsweise der Einrichtung			
Bezeichnung der Zulassungsbehörde			
Datum des Zulassungsbescheides			
Ort, Datum		Telefon (Durchwahl)	
Unterschrift		Dienststempel	

