



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

1. 

<b>Persönliche Daten des Antragstellers/der Antragstellerin</b>	<b>Aktenzeichen:</b>
---	----------------------

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

<b>Persönliche Steuer-/Identifikationsnummer, die Ihnen vom Bundeszentralamt für Steuern erteilt wurde (11-stellig):</b>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%; height: 20px;">---</td> <td style="width:25%; height: 20px;">---</td> <td style="width:25%; height: 20px;">---</td> <td style="width:25%; height: 20px;">---</td> </tr> </table>	---	---	---	---
---	---	---	---		

2. 

<b>Angaben zum Rentenbezug</b>	<b>Rentenversicherungs-Nr.:</b>
--------------------------------	---------------------------------

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

3. 

<b>Daten des Ehegatten/der Ehegattin, bzw. der Eltern (nur bei Vollwaisen)</b>
--

<b>Name:</b> ggf. Geburtsname	
<b>Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	

4. 

<b>Bei Antragstellung durch die Witwe/den Witwer sind die nachstehenden Punkte auszufüllen:</b>
---

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

5. **BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN!**  
 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?

ja, vom		bis		Aktenzeichen:
Von welcher Stelle?				

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

ja, vom		bis		
Von welchem Arbeitgeber?				

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

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** 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.

ja, seit			Aktenzeichen:
Von welcher Stelle?			
Aufgrund welches Arbeitsverhältnisses wurde der Anspruch erworben?			
Handelt es sich um einen Witwen(r)-Anspruch?			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?

ja, seit			Aktenzeichen:
Von welcher Stelle?			

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

ja, seit			Aktenzeichen:
Von welcher Stelle?			

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

ja, seit			Aktenzeichen:
Von welcher Stelle?			

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

ja, seit			Aktenzeichen:
Von welcher Stelle?			

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

ja, wann?			Aktenzeichen:
Bei welcher Stelle?			

## 11. Angaben über das Krankenversicherungsverhältnis des Antragstellers/der Antragstellerin

Krankenversicherungsschutz besteht	als Mitglied	als Familienversicherte(r)
	Private Krankenversicherung	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?

ja	<b>Aktenzeichen der Berufsgenossenschaft:</b>
Von welcher landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft wird eine Unfall- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente gezahlt?	
<b>Bitte fügen Sie diesem Antrag den Bewilligungsbescheid der Berufsgenossenschaft bei!</b>	

## 13. Wie lautet Ihre Bankverbindung?

Bankleitzahl												Name der Bank	
Konto-Nr.												Sitz der Bank	
Konto-Inhaber													

14. Sie haben ein leibliches Kind    Pflegekind    Adoptivkind    Stiefkind    **kein Kind**15. Bitte fügen Sie diesem Antrag **unbedingt** folgende Unterlagen (möglichst als Kopie) bei:

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

**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)!

**Der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte, insbesondere einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer Krankenkasse stimme ich ausdrücklich zu!** Die hiermit angeforderten Daten werden unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes erhoben. Ihre Kenntnis ist zur Durchführung des Feststellungsverfahrens für die Gewährung von Ausgleichsleistung aufgrund von § 11 Gesetz über die Errichtung einer Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft (ZVALG) und von Beihilfe aufgrund von § 9 Tarifvertrag über die Zusatzversorgung der Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft (TV) erforderlich.

Ort

Datum

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

