

Folgende Angaben und Unterlagen im Original werden benötigt:

- Gültiger **Personalausweis** oder **Reisepass**
- **Nachweise über Beschäftigung bzw. selbständige Tätigkeit**
(falls zutreffend)
Name und Anschrift Arbeitgeber, Art und Umfang der Beschäftigung
- **Nachweise** über weitere **Sozialleistungen** (falls zutreffend)
z.B. Renten, Krankengeld, Arbeitslosengeld I oder II, Sozialgeld, Grundsicherung o.ä.
- **Nachweise** über **Versorgungsbezüge** (falls zutreffend)
z.B. Betriebs- oder Werksrenten, Zusatzrenten o.ä., bei Pensionen bitte das Festsetzungsblatt der ruhegehaltstfähigen Dienstzeiten vorlegen
- **Gesundheitskarte** (soweit gesetzlich krankenversichert)
- **Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte**
(bitte auf der Rückseite oder Extrablatt notieren)
- **Falls Sie schwerbehindert sind, bzw. während des Rentenbezugs einen Antrag auf Schwerbehinderung gestellt** haben:
Anerkennungs-, Gleichstellungsbescheid
- Falls die **Schwerbehinderung abgelehnt** wurde:
Ablehnungsbescheid

- **Angaben zu Krankenhausaufhalten während des Rentenbezugs**
- **Angaben zu Reha-Maßnahmen während des Rentenbezugs**
- **Angaben zu Untersuchungen** (durch z.B. medizinische Dienst der Krankenkasse, Schwerbehindertenstelle pp.) **während des Rentenbezugs**
- **Selbsteinschätzung der Krankheitsmerkmale**, bitte hierzu das Formular **R 0215** ausfüllen.

Das Formular können Sie auch im Servicecenter des Amts für Soziales und Wohnen abholen bzw. auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung runterladen.

Sie finden uns im Amt für Soziales und Wohnen, Wilhelmstr. 8, Servicecenter

Öffnungszeiten:

Montag bis Donnerstag 8.30 Uhr bis 15.30 Uhr

Freitag 8.30 Uhr bis 12.00 Uhr

Termine nur nach Vereinbarung

Telefon Servicecenter : 0 20 43 / 99 26 00

Diese Hinweise sollen Ihnen doppelte Wege ersparen und eine schnelle Bearbeitung ermöglichen



Berufliche Tätigkeit	vom – bis /ab	Arbeitgeber /Anschrift	Art der Beschäftigung	Tage/Woche, Stunden/Tag
Arbeitsagentur/Jobcenter	vom – bis/ab	Anschrift	Kundennummer	
Selbständige Tätigkeit	vom- bis/ab	Art der Tätigkeit	Umfang der Tätigkeit	
Hausarzt Name	Anschrift	Telefonnummer	Behandlung wegen	
Weiterer Arzt (Fortsetzung extra Blatt)	Anschrift	Telefonnummer	Behandlung wegen	
Krankenhausaufenthalte (Fortsetzung extra Blatt)	von – bis	Anschrift	Behandlung wegen	
Reha-Maßnahme	von - bis	Anschrift		
Untersuchungen	Datum	von welcher Stelle	Aktenzeichen	