

Folgende Angaben und Unterlagen im Original werden benötigt:

- Gültiger **Personalausweis** oder **Reisepass**
- Persönliche **Identifikationsnummer**
(ggf. beim Bürgeramt erfragen)
- **Bankverbindung IBAN-Nummer**
Angaben entnehmen Sie der Kontokarte, den Kontoauszügen oder fragen Sie Ihre Bank
- **Nachweise über Sozialleistungen**
z.B. Renten, Krankengeld, Arbeitslosengeld I oder II, Sozialgeld, Grundsicherung o.Ä.
- **Nachweise über Versorgungsbezüge**
z.B. Betriebs- oder Werksrenten, Zusatzrenten o.Ä., bei Pensionen bitte das Festsetzungsblatt der ruhegehaltfähigen Dienstzeiten vorlegen
- Angaben zur **Mitgliedschaft aller Krankenkassen** der letzten 30 Jahre
- **Gesundheitskarte** (soweit gesetzlich krankenversichert)
- **Heiratsurkunde (z.B. Familienstammbuch)**
- **Geburtsurkunden aller Kinder**
- **Aktuelle Rentenauskunft mit Versicherungsverlauf**
anzufordern bei Ihrer zuständigen Rentenversicherung
Die jährliche „Renteninformation“ reicht nicht aus !
- **Einreisedatum nach Deutschland** (falls zutreffend)
- **Datum der Einbürgerung** (falls zutreffend)
- Unterlagen über Ihre **Berufsausbildung**
z.B. Gesellen- oder Kaufmannsgehilfenbrief
- **Falls Sie schwerbehindert** sind:
Anerkennungs-, Gleichstellungsbescheid
- Falls die **Schwerbehinderung abgelehnt** wurde:
Ablehnungsbescheid

- **Sollte Ihr Versicherungsverlauf noch nicht vollständig sein, machen Sie bitte Angaben zu allen Lücken und legen Sie die entsprechenden Nachweise vor. Diese können z.B. sein:**
 - Schul-/Studiennachweise für Zeiten ab dem 17. Lebensjahr
 - Entgeltnachweise des Arbeitgebers
 - Sozialversicherungsausweis der ehemaligen DDR
 - Nachweise Krankengeld-/Arbeitslosengeldbezug usw.
- **Zur Feststellung, ob eine Erwerbsminderung vorliegt, werden folgende Angaben benötigt:**
 - Auflistung aller ausgeübter Berufe in zeitlicher Reihenfolge
 - Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen
 - Anschriften mit Telefonnummern Ihrer behandelnden Ärzte

WICHTIG: Seit wann sind Sie dort in Behandlung ?

- **Genauere Angaben mit Zeiträumen aus den letzten 3 Jahren zu:**
 - Untersuchungen beim sozialmedizinischen Dienst der Krankenkasse, der Agentur für Arbeit oder des Versorgungsamtes
 - Stationäre Krankenhausaufenthalte und Rehabilitationsmaßnahmen

Bitte machen Sie die erforderlichen Angaben auf einem Extrablatt. Ärztliche Atteste sind nicht erforderlich, können aber beigelegt werden.

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



| Sozialleistungen Name der zahlenden Stelle | Anschrift | Aktenzeichen | Bezug von - bis | Aufforderung zum Rentenantrag |
|--|-----------|----------------|--------------------|----------------------------------|
| | | | | |
| Versorgungsbezüge Name der zahlenden Stelle | Anschrift | Vers.-Nr. o.ä. | | |
| | | | | |

Angaben zu Gesundheitsstörungen
(für weitere Angaben bitte Extrablatt benutzen)

| Auflistung aller bisher ausgeübten Berufe (nur die Tätigkeit) (für weitere Angaben bitte Extrablatt benutzen) | Zeitraum von – bis | Grund der Aufgabe |
|--|--------------------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

| Angaben zu den behandelnden Ärzten Name | Anschrift | Seit wann in Behandlung | Behandlungsgrund |
|--|-----------|-------------------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Angaben zu den Krankenhausaufenthalten Name der Klinik (für weitere Angaben bitte Extrablatt benutzen) | Anschrift | von - bis | Behandlungsgrund |
|--|-----------|-----------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Angaben zu weiteren Untersuchungen Name der Institution | Wann hat die Untersuchung stattgefunden | Aktenzeichen |
|--|---|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Angaben zu Rehabilitationsaufenthalten Name der Klinik | Anschrift | vom - bis |
|---|-----------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

| Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse Name | von – bis | Pflichtversichert / freiwillig Pflichtversichert / Familienversichert |
|---|-----------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Mitgliedschaft private Krankenversicherung Name | von - bis | Privat / private Familienversicherung |
| | | |
| | | |