

Folgende Angaben und Unterlagen im Original oder in Kopie 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 Krankenhausaufenthalten 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 | |
| | | | | |