

Leistungsverwaltung

Buchstabenbereich A-H 0351 88886 - 333
 Buchstabenbereich I-Q 0351 88886 - 334
 Buchstabenbereich R-Z 0351 88886 - 332

Sächsische Ärzteversorgung
 Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
 Dr.-Külz-Ring 10
 01067 Dresden

Antrag auf vorgezogenes Altersruhegeld

Das Altersruhegeld soll ab dem |__|__|____| eingewiesen werden (§ 29 SSÄV).

1. Antragsteller	Mitgl.-Nr.: 002000
Nachname	Vorname(n) (Rufname bitte unterstreichen)
Geburtsdatum __ __ ____	Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Land <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> _____	Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID) __ __ ____
Telefonnummer (Angaben freiwillig)	Sonstige Versicherungszeiten Haben Sie Versicherungs- oder Wohnzeiten in anderen Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) oder in einer anderen inländischen Versorgungseinrichtung zurückgelegt (Versicherungszeiten bei der gesetzlichen Rentenversicherung bleiben unberücksichtigt)? <input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein *Wenn ja, bitte beiliegendes Zusatzblatt (Sonstige Versicherungszeiten) ausfüllen.
E-Mail-Adresse (Angaben freiwillig)	

2. Leibliche Kinder und an Kindes statt angenommene Kinder*

***Hinweis:** volljährige Kinder bitte nur angeben, wenn das Kind das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und sich in Ausbildung (Studium, Schul-/Berufsausbildung, Freiwilliges Soziales Jahr) befindet oder dauernd erwerbsunfähig ist.

Nachname, Vorname	<input type="checkbox"/> minderjährig <input type="checkbox"/> volljährig in Ausbildung* <input type="checkbox"/> dauernd erwerbsunfähig	Geburtsdatum __ __ _____
Nachname, Vorname	<input type="checkbox"/> minderjährig <input type="checkbox"/> volljährig in Ausbildung* <input type="checkbox"/> dauernd erwerbsunfähig	Geburtsdatum __ __ _____
Nachname, Vorname	<input type="checkbox"/> minderjährig <input type="checkbox"/> volljährig in Ausbildung* <input type="checkbox"/> dauernd erwerbsunfähig	Geburtsdatum __ __ _____
Nachname, Vorname	<input type="checkbox"/> minderjährig <input type="checkbox"/> volljährig in Ausbildung* <input type="checkbox"/> dauernd erwerbsunfähig	Geburtsdatum __ __ _____
Nachname, Vorname	<input type="checkbox"/> minderjährig <input type="checkbox"/> volljährig in Ausbildung* <input type="checkbox"/> dauernd erwerbsunfähig	Geburtsdatum __ __ _____
Nachname, Vorname	<input type="checkbox"/> minderjährig <input type="checkbox"/> volljährig in Ausbildung* <input type="checkbox"/> dauernd erwerbsunfähig	Geburtsdatum __ __ _____

3. Bankverbindung für die Überweisung des Versorgungsbezuges

IBAN: _____|_____|_____|_____|_____|_____|

BIC:* _____
 (*bei Auslandsüberweisung anzugeben)

Konto-Nr.:* _____
 (*bei Überweisung außerhalb der EU anzugeben)

Kreditinstitut: _____ (Name des Kreditinstitutes)

Kontoinhaber: _____ (Vor- und Nachname)

4. Folgende erforderlichen Unterlagen fügen Sie bitte dem Antrag bei:

- (X) Geburtsurkunde des Antragstellers (zur zweifelsfreien Feststellung des Geburtsdatums als Maßgabe für das Einweisungsdatum)
- (X) Nachweis über die Feststellung der Elterneigenschaft bei gesetzlich krankenversicherten Mitgliedern zur Berechnung des Pflegeversicherungsbeitrages (siehe Anlage Hinweisblatt Kinderberücksichtigungsgesetz)
- (X) Geburtsurkunde für jedes Kind, für das Kindergeld beantragt wird
- (X) Nachweis über die Schul-/Berufsausbildung oder dauernde Erwerbsunfähigkeit für jedes volljährige Kind bis 27 Jahre für das Kindergeld beantragt wird (Studienbescheinigung/ Nachweise der Ausbildungseinrichtung im Original oder beglaubigte Kopie/ aktuelles ärztliches Gutachten über die dauernde Erwerbsunfähigkeit)

Hinweis: Alle eingereichten Unterlagen verbleiben in den Akten der Sächsischen Ärzteversorgung. Den Antrag bitten wir maschinell oder in Druckbuchstaben in gut leserlicher Schrift auszufüllen.

5. Bestätigung

Ich bestätige, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Alle Änderungen zu den oben genannten Angaben teile ich gemäß §14 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung (SSÄV) umgehend mit.

Die im Formular gemachten Pflichtangaben sind allein zur Erfüllung des Versorgungsauftrages der Sächsischen Ärzteversorgung notwendig und erforderlich. Sie werden auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Ihre Daten werden von der Sächsischen Ärzteversorgung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und nur dann an externe Empfänger weitergegeben, sofern dies zur Abwicklung oder Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich ist, hierfür Ihre Einwilligung vorliegt, oder eine andere gesetzliche Erlaubnis besteht. Bitte beachten Sie weitergehend die veröffentlichte Datenschutzerklärung auf unserer Homepage www.saev.de

.....
Ort, Datum

.....
Eigenhändige Unterschrift des Mitgliedes
bzw. des bevollmächtigten Vertreters (mit Nachweis)

6. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehend freiwillig gemachten Angaben zur Vereinfachung der Kommunikation gemäß den aktuell geltenden Datenschutzregelungen verarbeitet werden.

Die Einwilligung zur Verwendung der freiwillig gemachten Angaben kann jederzeit für die Zukunft, ohne Angabe von Gründen, widerrufen werden. Der Widerruf kann per Post, Fax oder E-Mail an die Sächsische Ärzteversorgung übermittelt werden.

.....
Ort, Datum

.....
Eigenhändige Unterschrift des Mitgliedes
bzw. des bevollmächtigten Vertreters (mit Nachweis)

7. Hinweise zum Antrag auf Versorgungsleistung

Benutzen Sie bitte nur dieses Formblatt für Ihre Beantragung der Versorgungsleistung und fügen Sie alle erforderlichen Unterlagen und Nachweise bei.

Unterlagen, die für die weitere Bearbeitung notwendig sind, haben wir umseitig gekennzeichnet. Der Antrag auf Versorgungsleistung ist von Ihnen als Mitglied eigenhändig zu unterschreiben. Bei einer Vertretung ist die Vertretungsbefugnis anzuzeigen und nachzuweisen.

Die Angabe Ihrer Steueridentifikationsnummer benötigen wir für die Übermittlung der Rentenbezugsmitteilung an das Bundeszentralamt für Steuern.

Wir weisen Sie an dieser Stelle vorsorglich darauf hin, dass die Bearbeitungszeit maßgeblich vom Vorliegen der erforderlichen Nachweise und Unterlagen und dem Ausgleich Ihres Beitragskontos abhängig ist.

Vollmacht zum Rentenbezug

Antragsteller	Mitgl.-Nr.: 002000
Titel, Nachname	Vorname(n) (Rufname bitte unterstreichen)

In Kenntnis dessen, dass der Anspruch auf Versorgungsleistungen satzungsgemäß bis zum Ablauf des Sterbemonats besteht, bevollmächtige ich hiermit die

Sächsische Ärzteversorgung
Dr.-Külz-Ring 10
01067 Dresden

überzahlte Rentenbeträge von dem Konto zurückzurufen, auf das sie überwiesen worden sind. Diese Vollmacht gilt auch über meinen Tod hinaus. Die jeweilige kontoführende Stelle ist nicht verpflichtet, die Berechtigung zur Rückforderung zu prüfen.

.....
Ort, Datum

.....
Eigenhändige Unterschrift des Kontoinhabers

Anlage zum Antrag auf Einweisung von Versorgungsleistungen

Sächsische Ärzteversorgung Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer Dr.-Külz-Ring 10 01067 Dresden	Mitgliedsnummer 002000
	Name
	Vorname

Zusatzblatt zur Beantragung von Versorgungsleistungen bei der Sächsischen Ärzteversorgung

1. Sonstige Versicherungszeiten									
Versicherungs- oder Wohnzeiten in anderen Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) des Mitgliedes bzw. bei Antrag auf Hinterbliebenenversorgung des/der Verstorbenen <input type="checkbox"/> nein, weiter bei Pkt. 3 <input type="checkbox"/> ja wenn ja, hatten Sie bzw. bei Antrag auf Hinterbliebenenversorgung der/die Verstorbene Versicherungszeiten bei der gesetzlichen Rentenversicherung (z.B. Deutsche Rentenversicherung Bund, Knappschaft) <input type="checkbox"/> nein, weiter bei Pkt. 2 <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bitte ausfüllen <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Rentenversicherungsträger</td> <td style="width: 50%; border: none;">Versicherungsnummer/Aktenzeichen</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">von</td> <td style="border: none;">bis</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td> </tr> </table>		Rentenversicherungsträger	Versicherungsnummer/Aktenzeichen	_____	_____	von	bis	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Rentenversicherungsträger	Versicherungsnummer/Aktenzeichen								
_____	_____								
von	bis								
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _								
2. Angaben zu den EWR-Staaten									
EWR-Staat	Versorgungsträger/Versorgungssystem								
von	bis								
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _								
EWR-Staat	Versorgungsträger/Versorgungssystem								
von	bis								
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _								
EWR-Staat	Versorgungsträger/Versorgungssystem								
von	bis								
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _								

3. Angaben zu den Versorgungswerken

Versicherungs- oder Wohnzeiten in anderen inländischen Versorgungseinrichtungen des Mitgliedes bzw. bei Antrag auf Hinterbliebenenversorgung des/der Verstorbenen

nein ja

wenn ja, bitte ausfüllen

Versorgungswerk	Versorgungsträger/Versorgungssystem
von __ __ ____	bis __ __ ____
Versorgungswerk	Versorgungsträger/Versorgungssystem
von __ __ ____	bis __ __ ____
Versorgungswerk	Versorgungsträger/Versorgungssystem
von __ __ ____	bis __ __ ____

4. Einverständniserklärung

Ich habe bzw. bei Antrag auf Hinterbliebenenversorgung der/die Verstorbene hatte Versicherungs- oder Wohnzeiten in anderen Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes bzw. in einer anderen inländischen Versorgungseinrichtung zurückgelegt und erkläre mein Einverständnis gegebenenfalls unter Entbindung von der Schweigepflicht

- zur Weitergabe der von mir eingereichten Antragsunterlagen sowie der vorliegenden medizinischen Unterlagen an die bzw.
- zur Anforderung von medizinischen Unterlagen von den beteiligten/bearbeitenden Träger im Europäischen Wirtschaftsraum bzw. beteiligten/bearbeitenden Versorgungseinrichtungen.

.....
Ort, Datum

.....
Eigenhändige Unterschrift des Mitgliedes
bzw. des bevollmächtigten Vertreters (mit Nachweis)

Anlage zum Antrag auf Einweisung von Versorgungsleistungen

Sächsische Ärzteversorgung
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Dr.-Külz-Ring 10
01067 Dresden

Mitgliedsnummer

002000

Name

Vorname

Ermittlung der Krankenkasse des Versorgungsberechtigten

(Bitte umgehend ausfüllen und zurücksenden, damit sich die Auszahlung der Versorgungsbezüge nicht wegen der ungeklärten Krankenkassenzugehörigkeit verzögert.)

Datenschutzrechtlicher Hinweis:

Die Daten werden aufgrund von § 202 SGB V erhoben und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet.

Die Sächsische Ärzteversorgung ist als Zahlstelle von Versorgungsbezügen vom Gesetzgeber verpflichtet worden, die für den Versorgungsempfänger zuständige Krankenkasse zu ermitteln (§ 202 Absatz 1 Satz 1 SGB V), damit diese prüfen kann, ob eine Pflicht zur Abführung von Beiträgen an die Krankenkasse aus den Versorgungsbezügen besteht.

Dies ist in der Regel dann der Fall, wenn der Versorgungsempfänger einer gesetzlichen Krankenkasse angehört.

Fragen zur Beitragspflicht und zur Höhe der durch die Sächsische Ärzteversorgung abzuführenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge richten Sie bitte grundsätzlich zuständigkeitshalber an Ihre Krankenkasse.

Nach § 202 Absatz 1 Satz 3 SGB V hat der Versorgungsempfänger der Zahlstelle (Sächsische Ärzteversorgung) seine Krankenkasse anzugeben und einen Kassenwechsel **umgehend** anzuzeigen.

Bei gesetzlich Pflichtversicherten führt die Sächsische Ärzteversorgung in Anlehnung an § 241 und § 242 SGB V den allgemeinen Beitragssatz und den kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz aus den Versorgungsleistungen an die Krankenkassen ab.

Änderungen in der Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes wirken sich in Anlehnung an § 248 SGB V bei den Versicherungspflichtigen mit einer Verzögerung von zwei Monaten auf die Berechnung des Krankenkassenbeitrages aus Versorgungsbezügen aus.

In der Pflegeversicherung gilt einheitlich für alle Pflegekassen der gesetzlich festgelegte Beitragssatz. Für Kinderlose ist entsprechend § 55 Abs. 3 SGB XI der Beitragssatz um 0,35 Prozentpunkte zu erhöhen.

Die Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung sieht keinen Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung vor. Dies betrifft sowohl die gesetzlich krankenversicherten als auch die privat versicherten Ruhegeldbezieher.

Hinweis für versorgungsberechtigte Waisen

Durch den Gesetzgeber wurde im „E-Health-gesetz“ die Änderung des § 5 SGB V beschlossen. Es erfolgte im Absatz 1 eine Ergänzung um die Nr. 11 b Buchstabe b. Darin werden die versorgungsberechtigten Waisen berufsständischer Versorgungseinrichtungen und der gesetzlichen Rentenversicherung in die Gruppe der Pflichtversicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen.

Die Sächsische Ärzteversorgung ist als Zahlstelle des Waisengeldes verpflichtet, die Beantragung der Zahlung eines Waisengeldes an die gesetzlichen Krankenkassen zu melden. Ist die Waise noch nie bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert gewesen, ist in Erfüllung der Meldepflicht eine gesetzliche Krankenkasse auszuwählen und anzuschreiben, um die Prüfung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 b Buchstabe b SGB V sicherzustellen.

1. Versorgungsberechtigter Antragsteller	
Name, Vorname	Zuständige Krankenkasse
Geburtsdatum _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Anschrift der Krankenkasse
Sozialversicherungsnummer DRV Bund _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2. Versorgungsberechtigte Waisen* (*bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres; nur bei Hinterbliebenenversorgung)	
Name, Vorname	Zuständige Krankenkasse
Geburtsdatum _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Anschrift der Krankenkasse
Sozialversicherungsnummer DRV-Bund _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Name, Vorname	Zuständige Krankenkasse
Geburtsdatum _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Anschrift der Krankenkasse
Sozialversicherungsnummer DRV-Bund _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Name, Vorname	Zuständige Krankenkasse
Geburtsdatum _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Anschrift der Krankenkasse
Sozialversicherungsnummer (DRV Bund) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Name, Vorname	Zuständige Krankenkasse
Geburtsdatum _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Anschrift der Krankenkasse
Sozialversicherungsnummer (DRV Bund) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

Sind Sie **nicht** bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert, bitten wir Sie um folgende Erklärung:

Ich bin **nicht** bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.

Die versorgungsberechtigten Waisen sind **nicht** in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.

Für den Fall, dass ich bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert bin, erkläre ich mich einverstanden, dass die Sächsische Ärzteversorgung bis zur endgültigen Klärung meiner Versicherungspflicht Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge von meinen Versorgungsbezügen einbehält. Dies gilt nicht, wenn ich meinem Antrag eine schriftliche Bestätigung meiner Krankenversicherung über meine freiwillige Versicherung ab Rentenbeginn beifüge. Nach dem Vorliegen entsprechender Nachweise werden zu viel einbehaltene Beiträge unverzüglich zurückerstattet.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben und habe zur Kenntnis genommen, dass ich verpflichtet bin, der Sächsischen Ärzteversorgung einen Wechsel der Krankenkasse umgehend anzuzeigen.

.....
Ort, Datum

.....
Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers
bzw. des bevollmächtigten Vertreters (mit Nachweis)

Nachweise bei leiblichen Eltern und Adoptiveltern

Als Nachweise bei leiblichen Eltern und Adoptiveltern (im ersten Grad mit dem Kind verwandt) kommen wahlweise in Betracht:

- Geburtsurkunde bzw. internationale Geburtsurkunde („Mehrsprachige Auszüge aus Personenstandsbüchern“)
- Abstammungsurkunde (wird für einen bestimmten Menschen an seinem Geburtsort geführt)
- Auszug aus dem Geburtenbuch des Standesamtes
- Auszug aus dem Familienbuch/Familienstammbuch
- steuerliche Lebensbescheinigung des Einwohnermeldeamtes (Bescheinigung wird ausgestellt, wenn der Steuerpflichtige für ein Kind, das nicht bei ihm gemeldet ist, einen halben Kinderfreibetrag auf seiner Lohnsteuerkarte eintragen lassen möchte: Er muss hierfür nachweisen, dass er im ersten Grad mit dem Kind verwandt ist. z. B. durch Vorlage einer Geburtsurkunde)
- Vaterschaftsanerkennungs- und Vaterschaftsfeststellungsurkunde
- Adoptionsurkunde
- Kindergeldbescheid der Bundesagentur für Arbeit (BA) – Familienkasse – (bei Angehörigen des öffentlichen Dienstes und Empfängern von Versorgungsbezügen die Bezüge- oder Gehaltsmitteilung der mit der Bezügefestsetzung bzw. Gehaltszahlung befassten Stelle des jeweiligen öffentlich-rechtlichen Arbeitgebers bzw. Dienstherrn)
- Kontoauszug aus dem sich die Auszahlung des Kindergeldes durch die BA – Familienkasse – ergibt (aus dem Auszug ist die Höhe des überwiesenen Betrages, die Kindergeldnummer sowie in der Regel der Zeitraum, für den der Betrag bestimmt ist, zu ersehen)
- Erziehungsgeldbescheid
- Bescheinigung über Bezug von Mutterschaftsgeld
- Nachweis der Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeserziehungsgeld-Gesetz (BerzGG)
- Einkommensteuerbescheid (Berücksichtigung eines Kinderfreibetrages)
- Lohnsteuerkarte (Eintrag eines Kinderfreibetrages)
- Sterbeurkunde des Kindes
- Feststellungsbescheid des Rentenversicherungsträgers, in dem Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten ausgewiesen sind

Hinweis: Kopien der vorgenannten Unterlagen sind zur Nachweisführung gleichfalls zugelassen. Bei Zweifeln an der Ordnungsgemäßheit der Kopien sind die Originale oder beglaubigte Kopien bzw. beglaubigte Abschriften vorzulegen.

Nachweise bei Stiefeltern

Als Nachweise bei Stiefeltern (Eltern im Sinne des § 56 Abs. 3 Nr. 2 in Verb. mit Abs. 2 Nr. 1 SGB I) kommen wahlweise in Betracht:

- Heiratsurkunde bzw. Nachweis über die Eintragung einer Lebenspartnerschaft und eine Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes oder einer anderen für Personenstandsangelegenheiten zuständigen Behörde oder Dienststelle, dass das Kind als wohnhaft im Haushalt des Stiefvaters oder der Stiefmutter gemeldet ist oder war (vgl. Haushaltsbescheinigung oder Familienstandsbescheinigung für die Gewährung von Kindergeld – Vordrucke der BA zur Erklärung über die Haushaltszugehörigkeit von Kindern und für Arbeitnehmer, deren Kinder im Inland wohnen)
- Feststellungsbescheid des Rentenversicherungsträgers, in dem Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten ausgewiesen sind
- Einkommensteuerbescheid (Berücksichtigung eines Kinderfreibetrages)
- Lohnsteuerkarte (Eintrag eines Kinderfreibetrages)

Hinweis: Kopien der vorgenannten Unterlagen sind zur Nachweisführung gleichfalls zugelassen. Bei Zweifeln an der Ordnungsgemäßheit der Kopien sind die Originale oder beglaubigte Kopien bzw. beglaubigte Abschriften vorzulegen

Nachweise bei Pflegeeltern

Als Nachweise bei Pflegeeltern (Eltern im Sinne des § 56 Abs. 3 Nr. 3 in Verb. mit Abs. 2 Nr. 2 SGB I) kommen wahlweise in Betracht:

- Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes oder einer anderen für Personenstandsangelegenheiten zuständigen Behörde oder Dienststelle und Nachweis des Jugendamtes über „Vollzeitpflege“ nach § 27 in Verb. mit § 33 SGB VIII (z. B. Pflegevertrag zwischen Jugendamt und Pflegeeltern, Bescheid über Leistungsgewährung gegenüber den Personensorgeberechtigten oder Bescheinigung des Jugendamtes über Pflegeverhältnis; das Pflegeverhältnis muss auf längere Dauer angelegt oder angelegt gewesen sein und es muss eine häusliche Gemeinschaft bestehen oder bestanden haben; Tagespflegeeltern fallen nicht unter den Begriff der „Pflegeeltern“; ein Pflegekindverhältnis ist nicht anzunehmen, wenn ein Mann mit seiner Lebensgefährtin und deren Kindern oder eine Frau mit ihrem Lebensgefährten und dessen Kindern in einem gemeinsamen Haushalt lebt – Berücksichtigung nur bei Vorliegen der Stiefelterneigenschaft)
- Feststellungsbescheid des Rentenversicherungsträgers, in dem Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten ausgewiesen sind
- Einkommensteuerbescheid (Berücksichtigung eines Kinderfreibetrages)

Hinweis: Kopien der vorgenannten Unterlagen sind zur Nachweisführung gleichfalls zugelassen. Bei Zweifeln an der Ordnungsgemäßheit der Kopien sind die Originale oder beglaubigte Kopien bzw. beglaubigte Abschriften vorzulegen