



Aktenzeichen:

ANTRAG auf Gewährung einer			
☐ Regelaltersrente			
☐ vorzeitigen Altersrente			
☐ vorzeitigen Altersrente für langjährig Versicherte (bitte Anlage N beifügen)			
☐ Rente wegen Erwerbsminderung (bitte Anlage I, ggf. Anlage K beifügen)			
☐ Witwen-/Witwerrente (bitte immer Anlage P beifügen)			
Bitte alle Fragen vollständig in Druckschrift oder Maschinenschrift beantworten; Zutreffendes bitte ankreuzen!			
A. Angaben zur Person			
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)			Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			Geburtsort
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Rufnummer	Rentenversicherungs-Nr.
1. Hatten Sie Ihren Wohnsitz/gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland?			
☐ nein ☐ ja, und zwar vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr			
Land: _____			
2. Ehegatte des Antragstellers (auch ausfüllen, wenn verstorben oder geschieden)			
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)			Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort (Angaben nur erforderlich, falls getrennt lebend)			Ggf. Sterbedatum
Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Faxnummer
3. Familienstand des Antragstellers			
☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ in eingetragener Partnerschaft lebend			
_____ seit _____ Tag, Monat, Jahr			
Falls verwitwet, Tag der Eheschließung _____ Tag, Monat, Jahr			
Falls wiederverheiratet, Tag der ersten Eheschließung _____ Tag, Monat, Jahr			
Falls geschieden, lebt der frühere Ehegatte noch? ☐ nein ☐ ja ☐ nicht bekannt			
Wurde ein Versorgungsausgleich wegen Ehescheidung/Aufhebung einer eingetragenen Partnerschaft durchgeführt?			
☐ nein ☐ ja			
Haben Sie im Versorgungsausgleich Anrechte aus einem der nachstehend genannten Alterssicherungssysteme erworben, aus denen Sie derzeit noch keine Leistung beziehen können (Deutsche Rentenversicherung, Beamtenversorgung, berufsständische Versorgung, Versorgung der Abgeordneten und Regierungsmitglieder)?			
☐ nein ☐ ja			



Aktenzeichen:

4. Elterneigenschaft

Haben/hatten Sie (mindestens) ein Kind? ☐ nein ☐ ja

Bitte fügen Sie Nachweise in Kopie für ein Kind bei (zum Beispiel: Abschrift aus dem Geburtenregister, Geburtsurkunde, Meldebescheinigung oder Ähnliches).

Haben Sie Kinder, die nicht älter als 25 Jahre sind? ☐ nein ☐ ja, Anzahl _____

Bitte fügen Sie Nachweise in Kopie für jedes Kind, das nicht älter als 25 Jahre ist, bei (zum Beispiel Abschrift aus dem Geburtenregister, Geburtsurkunde, Meldebescheinigung oder Ähnliches).

Als Kind wird das leibliche Kind, Stief-, Adoptiv- und Pflegekind berücksichtigt (auch verstorbene Kinder).

B. Angaben zur Beitragszahlung und zum Leistungsbezug

1. Wurden Zeiten in der Deutschen Rentenversicherung oder bei einem ausländischen Versicherungsträger/Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen zurückgelegt?

Antragsteller

☐ nein ☐ ja, und zwar bei

1. Versicherungsträger _____ Versicherungsnummer _____

2. Versicherungsträger _____ Versicherungsnummer _____

Ehegatte

☐ nein ☐ ja, und zwar bei

1. Versicherungsträger _____ Versicherungsnummer _____

2. Versicherungsträger _____ Versicherungsnummer _____

2. Beziehen Sie eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie eine solche beantragt?

☐ nein ☐ ja, und zwar bei

_____ Versicherungsnummer _____
Versicherungsträger

3. Sind Sie Abgeordneter des Deutschen Bundestags oder Europäischen Parlaments?

☐ nein

☐ ja, Abgeordneter des

☐ Deutschen Bundestags

☐ Europäischen Parlaments

4. Wird von Ihnen oder Ihrem Ehegatten noch ein land-, forstwirtschaftliches oder gärtnerisches Unternehmen über der Mindestgröße bewirtschaftet?

Umfassende Informationen zur Mindestgröße finden Sie auf unserer Homepage unter www.SVLFG.de/versicherte-personen-alterskasse.

☐ nein ☐ ja ☐ weiterhin

☐ bis

Tag, Monat, Jahr

5. Wahlmöglichkeit zum Rentenbeginn bei vorzeitigen Altersrenten

Bei der vorzeitigen Altersrente haben Sie bezüglich des Rentenbeginns ein Gestaltungsrecht. Sie können hier auch einen späteren Rentenbeginn wählen.

Die vorzeitige Altersrente soll beginnen am: 01. _____
Monat, Jahr

6. Haben Sie oder Ihr Ehegatte bis 1993 Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung nachentrichtet?

Antragsteller ☐ nein ☐ ja

Ehegatte ☐ nein ☐ ja

Falls ja, wurde zu dieser Nachentrichtung ein Zuschuss von einer Alterskasse gewährt? (Hiermit ist nicht der Beitragszuschuss gemeint, welchen Sie ggf. von Ihrer Alterskasse zu den bei der Alterskasse gezahlten Beiträgen erhalten haben.)

Antragsteller

☐ nein

☐ ja, und zwar von

Name der LAK

Ehegatte

☐ nein

☐ ja, und zwar von

Name der LAK



Aktenzeichen:

Zusätzliche Angaben zu einem Antrag auf Erwerbsminderungsrente oder Witwen-/Witwerrente						
Ist die Erwerbsminderung oder der Tod des Ehegatten auf einen Unfall zurückzuführen? ☐ nein ☐ ja						
Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft oder einer gesetzlichen Krankenkasse gemeldet? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____						
C. Auszahlung der Leistung						
Auf welches Konto soll die beantragte Geldleistung überwiesen werden?						
Name und Sitz der Bank _____ BIC _____						
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> IBAN						
Kontoinhaber (nur erforderlich, falls nicht identisch mit Antragsteller) _____						
D. Angabe der Steueridentifikationsnummer						
Identifikationsnummer _____						
E. Erklärung des Antragstellers						
1. Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen können. Eintretende Änderungen gegenüber den im Antrag gemachten Angaben werde ich unverzüglich, gegebenenfalls auch vor Erteilung eines Bescheids, mitteilen. 2. Ferner nehme ich hiermit zur Kenntnis, dass • der Antrag nur bearbeitet werden kann, wenn die Fragen vollständig beantwortet sind, • sich die Pflicht, beim Ausfüllen des Antragsvordrucks mitzuwirken, Beweismittel anzugeben und vorzulegen sowie der Erteilung erforderlicher Auskünfte durch Dritte zuzustimmen, aus § 60 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) ergibt, • hinsichtlich der Leistungsgewährung einzelne Angaben im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflicht an andere Sozialversicherungsträger weitergegeben werden können. 3. Ich bin damit einverstanden, dass eine Rentennachzahlung • zur Tilgung von Forderungen der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (Alterskasse, Berufsgenossenschaft, Krankenkasse, Pflegekasse) einbehalten wird. • zur Tilgung einer eventuellen Rentenüberzahlung bei meinem Ehegatten verwendet wird. ☐ Die in Punkt 3 genannte Tilgung von Forderungen der landwirtschaftlichen Sozialversicherung soll nicht durch Einbehalt von der Rente erfolgen. Die Forderungen sind direkt von mir bzw. meinem Ehegatten anzufordern. 4. Die „Informationen zu den Mitwirkungs- und Meldepflichten“ habe ich zur Kenntnis genommen. Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die zur Leistungsgewährung geführt haben, unverzüglich zu melden. Mir ist bekannt, dass die Verletzung dieser Pflichten ein grob fahrlässiges Verhalten darstellt und zur Rückforderung der erhaltenen Geldleistung führen kann.						



Aktenzeichen:

Als Anlage zum Antrag sind beigelegt (bitte ankreuzen)

- ☐ Anlage A – Meldung zur Kranken- und Pflegeversicherung
- ☐ Anlage I – Angaben zur Feststellung einer Erwerbsminderung
- ☐ Anlage J – Erklärung zum Hinzuverdienst bei EMR
- ☐ Anlage K – Ärztlicher Befund- und Behandlungsbericht zum Rentenantrag
- ☐ Anlage M – Angaben zur Feststellung weiterer auf die Wartezeit anrechenbarer Zeiten
- ☐ Anlage N – Ermittlung der abschlagsrelevanten Versicherungszeiten
- ☐ Anlage N1 - Ermittlung der abschlagsrelevanten Zeiten des/der Verstorbenen
- ☐ Anlage O – Angaben zur Kindererziehung (für Hinterbliebenenrente)
- ☐ Anlage P – Einkommenserklärung bei Hinterbliebenenrenten
- ☐ _____
- ☐ _____

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Zur Bearbeitung Ihres Antrags ist die Bestätigung der Personen- und Meldedaten notwendig.

F. Bestätigungsvermerk der Gemeinde / der beauftragten Beratungsstelle

Die angegebenen Geburts-, Heirats- und Sterbedaten stimmen mit den amtlichen Unterlagen überein.

- ☐ Der Antrag wurde am _____ gestellt (§ 16 SGB I) und an die LAK weitergeleitet.
Tag, Monat, Jahr
- ☐ Der Antrag wurde am _____ nur zur Bestätigung der Personenangaben vorgelegt
Tag, Monat, Jahr und dem Antragsteller wieder ausgehändigt.

Datum

Unterschrift und Dienststempel

Die Bestätigung kann durch eine beauftragte Beratungsstelle der SVLFG, einen anderen Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse), Versichertenämter bzw. Stadt- oder Gemeindeverwaltung oder die deutsche Auslandsvertretung vorgenommen werden. Nicht ausreichend ist die Bestätigung der Übereinstimmung durch den Antragsteller, einem Rechtsanwalt oder Rechtsbeistand.

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.



Informationen zu den Mitwirkungs- und Meldepflichten

Nach § 60 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) ist jeder, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, verpflichtet, alle für die Leistung erheblichen Tatsachen anzugeben und auf Verlangen des Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Er hat ferner Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich, das heißt ohne schuldhaftes Zögern, mitzuteilen. Bei Verletzung dieser Mitwirkungspflichten kann die Alterskasse die Leistung ganz oder teilweise versagen oder, falls die Leistung schon bewilligt wurde, entziehen.

Im Hinblick auf die bewilligte Leistung ist die Alterskasse insbesondere von jeder Änderung Ihrer Verhältnisse gegenüber den im Leistungsantrag enthaltenen Angaben zu unterrichten. Nachstehend werden die wesentlichen Meldetatbestände bekannt gegeben:

1. Allgemeine Meldepflichten

- Eheschließung oder Auflösung der Ehe (nicht erforderlich bei einer Waisenrente)
- Tod des Ehegatten
- Wechsel des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltsorts
- Wechsel der Krankenkasse
- Übernahme eines Abgeordnetenmandats des Deutschen Bundestags oder Europäischen Parlaments

2. Zusätzliche Meldepflichten bei:

2.1 Renten wegen Erwerbsminderung

- Übernahme oder Wiederübernahme land- und forstwirtschaftlich sowie gärtnerisch genutzter Flächen sowie Änderungen der Nutzungsart bei zurückbehaltenen Flächen
- Begründung einer landwirtschaftlichen Mitunternehmerstellung (z. B. als Mitglied einer Erbengemeinschaft oder Gesellschafter einer Gesellschaft)
- Beteiligung als Gesellschafter einer Personenhandelsgesellschaft (OHG, KG) oder als Mitglied einer juristischen Person (z. B. GmbH), wenn die Personenhandelsgesellschaft oder die juristische Person ein landwirtschaftliches Unternehmen betreibt oder mitbetreibt.
- Halten bzw. Veränderungen der Anzahl von Bienenvölkern oder Schafen
- Ausüben eines Fischereirechts oder Betreiben einer Teichwirtschaft oder Fischzucht
- Erzielung von Arbeitsentgelt (auch aus geringfügiger Beschäftigung/Minijob), Arbeitseinkommen (sämtliche Einkünfte, die nach dem Einkommensteuergesetz als Einkünfte aus Gewerbebetrieb oder selbstständiger Arbeit bewertet werden, unabhängig von der Ausübung einer Tätigkeit, deshalb auch z. B. der Gewinn aus der Erzeugung regenerativer Energien mittels Photovoltaik- oder Windkraftanlagen), vergleichbares Einkommen (Vorruhestandsgeld, Überbrückungsgeld des Arbeitgebers, Abfindung des Arbeitgebers, Aufwandsentschädigungen soweit sie steuerpflichtig sind, Abgeordnetendiäten, Bezüge als Minister oder parlamentarischer Staatssekretär)
- Erhöhung eines bereits vorhandenen Hinzuverdiensts
- Erzielung von kurzfristigem Erwerbsersatzeinkommen (Krankengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Verletztengeld, Übergangsgeld, Mutterschaftsgeld, Pflegeunterstützungsgeld, Kurzarbeitergeld, Saison-Kurzarbeitergeld, Transferkurzarbeitergeld, Qualifizierungsgeld, Arbeitslosengeld, Insolvenzgeld und vergleichbare Leistungen)
- Aufnahme einer Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit
- vergleichbares Einkommen, das von einer ausländischen Stelle erbracht wird



2.2 Witwen-/Witwerrenten

- Tod oder Wegzug eines bisher im Haushalt lebenden Kindes, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder wegen Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten
- Bezug oder Erhöhung von Arbeitsentgelt (auch aus geringfügiger Beschäftigung/Minijob), Arbeits-einkommen (Einkünfte, die nach dem Einkommenssteuergesetz als Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbstständiger Arbeit bewertet werden), Elterngeld, ver-gleichbarem Einkommen und kurzfristigem Erwerbsersatzeinkommen (vergleiche die entspre-chenden Erläuterungen zu 2.1)
- Bezug oder Erhöhung von langfristigem Erwerbsersatzeinkommen (z. B. Rente aus der gesetzli-chen Renten- oder Unfallversicherung, von einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Ver-sorgungseinrichtung oder Versorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie diesen vergleichbaren Bezügen)
- vergleichbares Einkommen, das von einer ausländischen Stelle erbracht wird

Personen, deren Witwen-/Witwerrente mit einem Rentenartfaktor von 0,55 ermittelt wird (ver-gleiche die Angaben im Rentenbescheid)

- Vermögenseinkünfte (Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung sowie Ge-winne aus privaten Veräußerungsgeschäften im Sinne von § 23 des Einkommensteuergesetzes)

Wenn ein Kind nach dem Rentenbeginn geboren wird, kann auf Antrag ein Zuschlag für Zeiten der Kindererziehung bei der Rente berücksichtigt werden. Das Kind muss von Ihnen erzogen werden. Haben Sie noch Fragen? Dann rufen Sie uns an. Wir beraten Sie gern.

2.3 Witwen-Landabgaberenten

- Bezug oder Erhöhung von langfristigem Erwerbsersatzeinkommen (vergleiche die entsprechen- den Erläuterungen zu 2.2)

2.4 Waisenrenten ab der Vollendung des 18. Lebensjahres

- vorzeitige Beendigung der Schulausbildung
- vorzeitige Beendigung der Berufsausbildung, vor allem soweit die Abschlussprüfung vor Ablauf der im Ausbildungsvertrag festgelegten Ausbildungszeit abgelegt wird oder das Ausbildungsver-hältnis aus anderen Gründen – zu einem früheren Zeitpunkt als im Vertrag vorgesehen – aufge-geben oder unterbrochen oder in ein anderes Vertragsverhältnis umgewandelt wird
- Beendigung des Studiums (z. B. Staatsexamen, Diplom, Bachelor, Master oder Studienabbruch)
- Beendigung des geregelten Freiwilligendiensts
- gesundheitliche Besserungen oder der Wegfall dieser Beeinträchtigungen bei Gebrechlichkeit, sofern dadurch die Waise sich selbst unterhalten oder Einkünfte erzielen kann
- Beginn des freiwilligen Grundwehrdiensts
- Verbüßung einer Freiheitsstrafe/Unterbringung aufgrund einer Maßregel zur Sicherung/Besse-rung

2.5 Zuschuss zu den Aufwendungen der freiwilligen oder privaten Krankenversicherung

- Bewilligung oder Änderung eines Zuschusses zur Krankenversicherung durch einen anderen So-zialleistungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung)
- Beendigung der freiwilligen oder privaten Krankenversicherung, ein Ruhen der Versicherung so-wie jede Veränderung der Beitragshöhe für die Krankenversicherung
- Beginn einer Versicherungspflicht in der Krankenversicherung, z. B. durch Antrag auf eine wei-tere Rente, Bezug von Übergangsgeld oder von Arbeitslosengeld
- eigene Rentenberechtigung eines Familienangehörigen, dessen Beitragsanteile bei der Berechnung des Zuschusses zur Krankenversicherung berücksichtigt werden

2.6 Überbrückungsgeld

- Änderung in den Bewirtschaftungsverhältnissen
- Tod oder Wegzug eines bisher im Haushalt lebenden Kindes, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder wegen Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten
- Gewährung von Betriebs- und Haushaltshilfe



Aktenzeichen:

Anlage A - Meldung zur Kranken- und Pflegeversicherung zum Antrag von																	
A. Angaben zur Person																	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum																
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Geburtsort																
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer																
B. Angaben zur Krankenversicherung des Antragstellers																	
1. Sind Sie krankenversichert? ☐ nein ☐ ja, bei der LKK seit _____ Tag, Monat, Jahr ☐ ja, bei der _____ Krankenkasse seit _____ Tag, Monat Jahr als _____ z. B. Arbeitnehmer, Familienversicherter, Rentner, freiwilliges Mitglied oder als Privatversicherter																	
2. Welche Krankenversicherungsverhältnisse bestanden in den letzten 10 Jahren? Diese Angaben sind nur erforderlich, wenn die Krankenversicherung zu 1 in den letzten 10 Jahren nicht dauernd bestanden hat. Bitte gegebenenfalls auf gesondertem Beiblatt nach dem vorgegebenen Muster ergänzen. <table><tr><td>_____ vom</td><td>_____ bis</td><td>_____ Krankenkasse/Privatversicherung</td><td>_____ in</td></tr><tr><td>_____ vom</td><td>_____ bis</td><td>_____ Krankenkasse/Privatversicherung</td><td>_____ in</td></tr><tr><td>_____ vom</td><td>_____ bis</td><td>_____ Krankenkasse/Privatversicherung</td><td>_____ in</td></tr><tr><td>_____ vom</td><td>_____ bis</td><td>_____ Krankenkasse/Privatversicherung</td><td>_____ in</td></tr></table>		_____ vom	_____ bis	_____ Krankenkasse/Privatversicherung	_____ in	_____ vom	_____ bis	_____ Krankenkasse/Privatversicherung	_____ in	_____ vom	_____ bis	_____ Krankenkasse/Privatversicherung	_____ in	_____ vom	_____ bis	_____ Krankenkasse/Privatversicherung	_____ in
_____ vom	_____ bis	_____ Krankenkasse/Privatversicherung	_____ in														
_____ vom	_____ bis	_____ Krankenkasse/Privatversicherung	_____ in														
_____ vom	_____ bis	_____ Krankenkasse/Privatversicherung	_____ in														
_____ vom	_____ bis	_____ Krankenkasse/Privatversicherung	_____ in														
3. Wurden Sie in der Vergangenheit von der Krankenversicherungspflicht befreit? ☐ nein ☐ ja																	
4. Beantragen Sie die Befreiung von der Versicherungspflicht? ☐ nein ☐ ja																	
5. Sind Sie Beamter oder sonstiger Beschäftigter mit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge im Krankheitsfall und Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Grundsätzen oder Vorschriften? ☐ nein ☐ ja																	
6. Sind Sie Abgeordneter des Deutschen Bundestags oder eines Landtags oder Versorgungsempfänger nach den Abgeordnetengesetzen des Bundes oder der Länder? ☐ nein ☐ ja, Abgeordneter oder Versorgungsempfänger des ☐ Deutschen Bundestags ☐ Landtags in _____ Ort																	



Aktenzeichen:

7. Sind Sie nach dem Krankheitsfürsorgesystem der EU (z. B. als Abgeordneter) bei Krankheit geschützt?
☐ nein ☐ ja

8. Wurden Sie von der Versicherungspflicht in der Pflegekasse befreit?

☐ nein ☐ ja, und zwar von der _____
Name und Sitz der Pflegekasse

C. Angaben zu Einkünften des Antragstellers

1. **Erhalten** Sie eine Rente aus der Deutschen Rentenversicherung oder eine Rente aus dem Ausland?

☐ nein ☐ ja, und zwar

1. Rente _____ ☐ nein ☐ ja
Rentenversicherungsträger Rentenversicherungsnummer als Hinterbliebenenrente?

2. Rente _____ ☐ nein ☐ ja
Rentenversicherungsträger Rentenversicherungsnummer als Hinterbliebenenrente?

Weitere Rentenbezüge bitte auf einem gesonderten Blatt angeben!

2. Haben Sie eine Versicherten-/Hinterbliebenenrente aus der Deutschen Rentenversicherung oder aus dem Ausland beantragt?

☐ nein ☐ ja, bei _____
Rentenversicherungsträger Rentenversicherungsnummer Tag der Antragstellung

3. Erhalten Sie der Rente vergleichbare Leistungen (z. B. Pension, Betriebsrente, Versorgungsbezug von Zusatzversorgungskasse)?

☐ nein ☐ ja, und zwar

1. Leistung _____ ☐ nein ☐ ja
Art der Leistung als Hinterbliebenenleistung?

_____ Aktenzeichen
Zahlstelle

2. Leistung _____ ☐ nein ☐ ja
Art der Leistung als Hinterbliebenenleistung?

_____ Aktenzeichen
Zahlstelle

Weitere Rentenbezüge bitte auf einem gesonderten Blatt angeben!

4. Erzielen Sie Arbeitseinkommen (= Gewinn oder Verlust) aus selbstständiger Tätigkeit/Gewerbebetrieb?

☐ nein ☐ ja, aus meiner Tätigkeit

als _____
z. B. Lohnunternehmen, gewerbliche Tierhaltung, Gaststätte, Photovoltaikanlage, Hofladen

Beginn der Tätigkeit _____ Höhe des Einkommens _____ €
Tag, Monat, Jahr monatlich

D. Erklärung und Unterschrift

Die „Informationen zur Versicherungspflicht“ zur Versicherung von Antragstellern und Rentnern in der Landwirtschaftlichen Kranken- und Pflegeversicherung habe ich gelesen.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.



Informationen zur Versicherungspflicht von Antragstellern und Rentnern in der Landwirtschaftlichen Kranken- und Pflegeversicherung

A. Voraussetzungen, Mitgliedschaft, Vorrang anderweitiger Versicherungspflicht, Versicherungsfreiheit, Befreiung

Voraussetzungen

Die Versicherung als Rentenantragsteller und als Bezieher einer Rente aus der Alterssicherung der Landwirte wird grundsätzlich von der landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) durchgeführt. Die LKK (Abschnitt D) entscheidet über die Kassenzuständigkeit. Bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse (z. B. AOK, Betriebskrankenkasse, Ersatzkasse) kann die Mitgliedschaft nur dann durchgeführt werden, wenn dort eine Versicherung besteht, die vorrangig durchzuführen ist. Wird gleichzeitig eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt oder bezogen, ist die LKK unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls nicht zuständig.

Die Versicherung als Rentenantragsteller und Rentenbezieher ist eine Pflichtversicherung. Sie tritt ein, sobald eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte bei der landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) beantragt wird. Für die Durchführung der Versicherung ist es nicht erforderlich, dass die Rentenleistung aus der Alterssicherung der Landwirte tatsächlich ausgezahlt wird. Es genügt, dass der Leistungsanspruch dem Grunde nach besteht. Die Rentnerversicherung wird daher auch bei Ruhen oder Kürzung der Leistung durchgeführt, nicht dagegen bei einem Leistungsverzicht.

Die Pflegeversicherung ist an die Krankenversicherung gebunden. Sind die Voraussetzungen für die Krankenversicherung erfüllt, besteht deshalb ebenfalls Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung.

Beginn und Ende der Mitgliedschaft

Die Versicherung besteht regelmäßig für die Dauer des Rentenbezugs oder im Falle der Ablehnung oder der Rücknahme des Rentenanspruchs für die Dauer des Rentenanspruchsverfahrens.

Die Mitgliedschaft beginnt daher grundsätzlich mit dem Tag der Stellung des Rentenanspruchs.

Die Mitgliedschaft endet mit

- der Rücknahme des Rentenanspruchs,
- der rechtskräftigen Ablehnung des Rentenanspruchs,
- mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung über den Wegfall oder Entzug des Rentenanspruchs unanfechtbar geworden ist, frühestens jedoch mit Ablauf des Monats der Rentenzahlung.

Vorrang anderweitiger Versicherungspflicht

Die Versicherung wird nur wirksam, wenn der Rentenantragsteller oder Rentenbezieher nicht bereits nach anderen gesetzlichen Vorschriften pflichtversichert ist. Sie wird daher kraft Gesetzes verdrängt, wenn und solange Krankenversicherungspflicht besteht, z. B. als

- krankenversicherungspflichtiger Beschäftigter oder Arbeitsloser,
- Landwirt oder mitarbeitender Familienangehöriger,
- Rentner in der allgemeinen Krankenversicherung (sog. KVdR), sofern nicht in den letzten 10 Jahren die überwiegende Zeit eine Versicherung bei der LKK bestanden hat,
- Student, Praktikant oder zur Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigter, solange über den Rentenanspruch noch nicht entschieden ist.

Versicherungsfreiheit

Die Versicherung ist ausgeschlossen, wenn und solange

- eine außerhalb der Land- und Forstwirtschaft hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt wird,
- Krankenversicherungsfreiheit (z. B. als Beamter, Richter, Soldat, Pensionär oder wegen einer Beschäftigung mit einem Entgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze) vorliegt.



Die Versicherung ist auf Dauer ausgeschlossen, wenn diese erst nach Vollendung des 55. Lebensjahres eintritt und in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (d.h. in der Regel eine Versicherung in der privaten Krankenversicherung) bestand.

Darüber hinaus ist die Versicherung nicht durchzuführen, wenn der Rentner oder Rentenantragsteller von der Krankenversicherungspflicht befreit worden ist.

Befreiung von der Versicherungspflicht

Rentantragsteller und Rentenbezieher, für die keine Vorrangversicherung besteht und keine Ausschlussgründe vorliegen, können sich auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien lassen. Die Befreiung von der Versicherungspflicht wird auf Antrag von der LKK ausgesprochen. Das Recht auf Befreiung setzt nicht voraus, dass der Antragsteller erstmals versicherungspflichtig wird.

Der Antrag ist fristgebunden; er muss innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht (Tag der Rentenantragstellung) bei der LKK gestellt werden. Dabei handelt es sich um eine Ausschlussfrist. Wird sie versäumt, ist eine Befreiung nicht mehr möglich. Sie ist trotz Einhaltung der Antragsfrist auch dann unzulässig, wenn bereits Leistungen bei der LKK in Anspruch genommen wurden.

Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall (z.B. privater Krankenversicherungsschutz) nachgewiesen wird.

Eine einmal ausgesprochene Befreiung kann später nicht mehr widerrufen werden. Die Befreiung von der Versicherungspflicht bewirkt, dass auch eine anderweitige Krankenversicherungspflicht nicht mehr eintritt.

B. Beiträge zur Krankenversicherung

Beiträge der Rentenantragsteller

Für die Zeit der Antragstellerversicherung sind grundsätzlich Beiträge zu zahlen. Von der Beitragszahlung für die Dauer des Rentenantragsverfahrens sind befreit:

- hinterbliebene Ehegatten oder Lebenspartner von Rentenbeziehern, wenn die Ehe vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen geschlossen wurde,
- hinterbliebene Ehegatten oder Lebenspartner eines Beziehers von Landabgaberente,
- unter 18 Jahre alte Waisen, deren verstorbener Elternteil bis zum Tode bereits Rente aus der Alterssicherung der Landwirte bezogen hat,
- Rentenantragsteller, für die ohne die Versicherung eine Familienversicherung bestehen würde.

Das gilt nicht, wenn der Antragsteller Arbeitseinkommen, Rente oder Versorgungsbezüge erhält. Die Höhe der Beiträge ist in der Satzung der SVLFG festgelegt; sie richtet sich nach dem Einkommen. Entrichtete Beiträge von Rentenantragstellern für Zeiten ab Beginn der Rente werden, mit Ausnahme der Beiträge aus Renten Versorgungsbezügen oder Arbeitseinkommen, zurückgezahlt.

Beiträge der Rentenbezieher

Pflichtversicherte Rentner haben aus ihrer Rente aus der Alterssicherung der Landwirte Beiträge zu zahlen. Das gilt nicht nur für Versicherte der LKK, sondern auch dann, wenn Krankenversicherungspflicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften (z. B. auf Grund einer Beschäftigung) besteht.

Bezieht der Rentner Versorgungsbezüge, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Auslandsrente oder erzielt er Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit, so sind auch diese Einnahmen beitragspflichtig. Bei LKK-Versicherten wird nur das außerlandwirtschaftliche Arbeitseinkommen berücksichtigt.

Zu den Versorgungsbezügen, die der Beitragspflicht unterliegen, gehören unter anderem

- Renten aus der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrenten),
- Renten aus Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen für bestimmte Berufsgruppen,
- Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis (z. B. Beamten-, Richter- und Soldatenversorgung),
- Renten und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte,
- Versorgungsbezüge aus dem Ausland

Dies gilt auch, wenn die Versorgungsbezüge in Form einer Kapitaleistung oder -abfindung ausgezahlt werden.



Arbeitseinkommen ist der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn aus einer selbständigen Tätigkeit (z. B. Lohnunternehmen, gewerbliche Tierhaltung, Photovoltaikanlagen, Hofladen, Gaststätte, Arzt, Rechtsanwalt). Maßgebend ist die Zuordnung im Einkommensteuerbescheid und der dort ausgewiesene Betrag.

Die verschiedenen Einkunftsarten werden in der Reihenfolge

- Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, Auslandsrente,
- Versorgungsbezüge,
- Arbeitseinkommen mit Ausnahme aus Land- und Forstwirtschaft

bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Krankenversicherung berücksichtigt. Überschreiten Rente und Versorgungsbezüge zusammen die Beitragsbemessungsgrenze, so werden die Versorgungsbezüge für die Beitragsberechnung entsprechend gekürzt. Ein eventuelles Arbeitseinkommen ist nur insoweit beitragspflichtig, als die Beitragsbemessungsgrenze durch die Rente und die Versorgungsbezüge noch nicht ausgeschöpft ist.

Beiträge aus Rente(n) der Deutschen Rentenversicherung

Für die Ermittlung der Beiträge aus der Rente ist der allgemeine Beitragssatz und der individuelle bzw. für die LKK durchschnittliche Zusatzbeitragssatz maßgebend. Der auf die Rente entfallende Beitrag wird anteilig vom krankenversicherungspflichtigen Rentner und Rentenversicherungsträger getragen. Der Rentenversicherungsträger behält die Beiträge bei der Zahlung der Rente ein und führt sie an die LKK ab.

Beiträge aus Auslandsrente

Für die Beitragsberechnung aus Auslandsrenten ist die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und die Hälfte des individuellen bzw. für die LKK des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes maßgebend.

Beiträge aus Versorgungsbezügen und aus Arbeitseinkommen

Die Beiträge aus Versorgungsbezügen (ausgenommen Renten aus der Alterssicherung der Landwirte) und Arbeitseinkommen werden nach dem allgemeinen Beitragssatz und dem individuellen bzw. für die LKK durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz berechnet. Für die Beitragsberechnung aus Renten der Alterssicherung der Landwirte ist die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und die Hälfte des individuellen bzw. für die LKK des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes maßgebend.

Die Zahlstellen, so auch die LAK, behalten die Beiträge grundsätzlich aus Versorgungsbezügen ein und führen sie an die Krankenkassen ab.

C. Beiträge zur Pflegeversicherung

Die Beiträge zur Pflegeversicherung werden nach dem bundeseinheitlichen Beitragssatz festgesetzt. Hat der Rentner nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge, vermindert sich der Beitragssatz auf die Hälfte.

D. Zuständigkeit

Rentantragsteller und Bezieher einer Rente aus der Alterssicherung der Landwirte werden grundsätzlich Mitglied der LKK.

E. Meldeverfahren

Meldungen der Rentenantragsteller

Damit die LKK die Voraussetzungen für die Versicherung prüfen kann, ist es notwendig, diese über die Rentenantragstellung zu unterrichten. Der Rentenantragsteller hat daher mit dem Rentenantrag die Meldung zur Kranken- und Pflegeversicherung abzugeben. Die LAK gibt die Meldung an die LKK weiter.

Meldungen der Rentenbezieher

Zur Prüfung der beitragspflichtigen Einnahmen haben pflichtversicherte Rentner ihrer Krankenkasse unverzüglich

- Beginn, Höhe und die Zahlstelle bei Bezug von Auslandsrente,
- Beginn, Höhe und die Zahlstelle von Versorgungsbezügen sowie
- Beginn, Höhe und Veränderungen des Arbeitseinkommens

zu melden.

... noch Fragen?

Ihre Krankenkasse berät Sie gerne telefonisch oder persönlich.



Aktenzeichen:

Anlage I	
Angaben zur Feststellung einer Erwerbsminderung	
A. Angaben zur Person	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
B. Berufliche Tätigkeit	
1. Üben Sie noch eine selbständige Erwerbstätigkeit aus? ☐ nein _____ Datum und Grund der Aufgabe (z. B. Löschung in der Handwerksrolle, Abmeldung beim Gewerbeamt – bitte nachweisen) ☐ ja ☐ im eigenen land-, forstwirtschaftlichen oder gärtnerischen Unternehmen bzw. des eines Familienangehörigen ☐ im eigenen gewerblichen Betrieb bzw. des eines Familienangehörigen ☐ im sonstigen freien Beruf _____ Art und Umfang der Tätigkeit	
2.1 Sind Sie außerhalb der Land- und Forstwirtschaft oder dem Gartenbau als Arbeitnehmer (auch geringfügig) beschäftigt? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____ bis _____ Beschäftigung/Tätigkeit Tag, Monat, Jahr _____ Name, Anschrift des Arbeitgebers	
2.2 Wie ist / war Ihre tägliche Arbeitszeit? _____ Tage pro Woche; Stunden täglich	
2.3 Besteht das Arbeitsverhältnis (zumindest formal) noch? ☐ ja ☐ nein	
C. Angaben zur Erwerbsminderung	
1. Ist bereits ein Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung bei einem Träger der Deutschen Rentenversicherung gestellt worden oder ist bereits eine Erwerbsminderung anerkannt worden? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____ Name des Rentenversicherungsträgers Versicherungsnummer Falls ja, sind die Nummern 2 – 6 nicht mehr auszufüllen. Bitte den Rentenbescheid beifügen.	
2. Seit wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert? _____ Seit wann? _____ Monat, Jahr	
3. Ist eine Erwerbsminderung von anderen Stellen (z. B. wegen Arbeitsunfall, Schwerbehinderung) anerkannt worden oder wurden Sie amtsärztlich untersucht? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____ Name der Behörde Aktenzeichen Wann? _____ Monat, Jahr	
4. Wurde eine Begutachtung für die Pflegeversicherung veranlasst? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____ Name der Behörde Aktenzeichen	



Aktenzeichen:

5.	Sind Sie in ambulanter ärztlicher Behandlung?	
	☐ nein	
	☐ ja, seit _____ Monat, Jahr	
	bei _____ Name und Anschrift des Arztes	
	Einen ärztlichen Befundbericht des behandelnden Arztes (Anlage K) bzw. sofern vorhanden weitere medizinische Unterlagen in Kopie bitte beifügen.	
	Sind Sie bei weiteren Ärzten in Behandlung?	
	_____ Name und Anschrift des Arztes/Fachrichtung	
	_____ Name und Anschrift des Arztes/Fachrichtung	
6.	Wurden Sie in den letzten 4 Jahren stationär behandelt?	
	☐ nein	
	☐ ja, und zwar _____ Name und Anschrift des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung	
	Wann? _____ Monat, Jahr	
7.	Ist in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt oder eine solche Leistung beantragt worden?	
	☐ nein	
	☐ ja, bei/von _____ Versicherungsträger	
	Wann? _____ Monat, Jahr	
	Aktenzeichen _____	
D. Unterschrift		
_____ Datum		
_____ Unterschrift		
Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.		
Als Anlagen sind beigelegt		
	☐ Erklärung zur Weitergabe und Anforderung medizinischer Unterlagen	
	☐ _____	
	☐ _____	



Aktenzeichen:

Erklärung zur Weitergabe und Anforderung medizinischer Unterlagen	
A. Angaben zur Person	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
Erklärung zur Weitergabe und Anforderung medizinischer Unterlagen Soweit es für die Prüfung und Bearbeitung meines Antrags erforderlich ist, entbinde ich die Ärzte, die ich im Antrag angegeben habe und denen ich vorgestellt wurde, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Alterskasse. Unter den gleichen Voraussetzungen erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Alterskasse Versicherungsunterlagen, Akten, Gutachten, Krankenunterlagen und Röntgenaufnahmen von anderen Sozialleistungsträgern, von Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen und von Gerichten bezieht und auswertet. Es kann erforderlich werden, die mit ärztlichen und psychologischen Begutachtungen erhobenen personenbezogenen Daten an andere Sozialleistungsträger oder an selbständige Gutachter weiterzugeben. Einer solchen Übermittlung können Sie widersprechen. Ihr Widerspruch kann jedoch zur Folge haben, dass Ihnen Sozialleistungen ganz oder teilweise versagt werden. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Soweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Folge, dass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch – SGB I).	
Datum	Unterschrift
Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.	



Aktenzeichen:

Anlage J Erklärung zum Hinzuverdienst bei Renten wegen Erwerbsminderung	
A. Angaben zur Person	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
B. Hinzuverdienst (Bei den Fragen 1 bis 4 ist auch vergleichbares Einkommen aus dem Ausland anzugeben)	
1. Beziehen Sie Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung (auch aus geringfügiger Beschäftigung/Minijob) oder vergleichbares Einkommen (Vorruhestandsgeld, Überbrückungsgeld oder Abfindung des Arbeitgebers, Bezüge als Minister oder parlamentarischer Staatssekretär, Abgeordnetendiäten)? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____ Name und Anschrift des Arbeitgebers oder der Zahlstelle (Bitte eine aktuelle Arbeitgeberbescheinigung beifügen.)	
2. Beziehen Sie Arbeitseinkommen aus einer selbstständigen Tätigkeit/Einkünfte aus Gewerbebetrieb oder Einnahmen aus der Verpachtung eines gewerblichen außerlandwirtschaftlichen Betriebs (z. B. Gewinn aus Photovoltaik- oder Windkraftanlagen)? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____ (Bitte eine aktuelle Schätzung des Arbeitseinkommens beifügen.)	
3. Beziehen Sie Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft? Hinweis: Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn Sie oder Ihr Ehegatte noch ein land- forstwirtschaftliches oder gärtnerisches Unternehmen über der Mindestgröße bewirtschaften. Umfassende Informationen zur Mindestgröße finden Sie auf unserer Homepage unter www.SVLFG.de/versicherte-personen-alterskasse . ☐ nein ☐ ja (Bitte letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheid und eine aktuelle Schätzung des Einkommens aus Land- und Forstwirtschaft beifügen.)	
4. Beziehen Sie kurzfristiges Erwerbsersatz Einkommen wie zum Beispiel Krankengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Arbeitslosengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Mutterschaftsgeld, Kurzarbeitergeld, Qualifizierungsgeld, Pflegeunterstützungsgeld, Insolvenzgeld und/oder vergleichbare Leistungen einschließlich vergleichbarer Leistungen von einer Stelle im Ausland? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____ Leistung Aktenzeichen zahlende Stelle (Bitte Bewilligungsbescheid beifügen.)	
5. Ist ein Antrag oder eine Klage auf Gewährung einer der oben genannten Leistungen anhängig? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____ Versicherungsträger Aktenzeichen	



Aktenzeichen:

C. Erklärung des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.
Ich verpflichte mich, die Alterskasse unverzüglich zu benachrichtigen, wenn

- sich eine Änderung in der Höhe meines Einkommens ergibt oder
- eine der vorgenannten Einkommensarten erstmalig gezahlt oder beantragt wird.

Ich erkläre hiermit, dass ich mit der Anforderung von ergänzenden Nachweisen über die Höhe meines Einkommens bei den zuständigen Leistungsträgern und Finanzbehörden einverstanden bin.

Datum

Unterschrift

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.

Als Anlagen sind beigefügt

☐

☐



Informationen zum Hinzuverdienst bei Renten wegen Erwerbsminderung

Ein Hinzuverdienst beeinflusst die Höhe der Rente

1. Allgemeines

Einkommen, das neben der Rente erzielt wird, kann sich auf die Rentenhöhe auswirken. Als Hinzuverdienst sind Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder kurzfristiges Erwerbsersatz Einkommen, die neben einer Rente wegen Erwerbsminderung bezogen werden, zu berücksichtigen. Maßgebend ist das monatliche Einkommen.

Wird eine Hinzuverdienstgrenze überschritten, erfolgt die Zahlung der Rente abhängig vom erzielten Hinzuverdienst in anteiliger Höhe oder die Rentenzahlung ruht vollständig. Nach Erreichen der Regelaltersgrenze ist ein Hinzuverdienst nicht mehr zu berücksichtigen.

2. Ermittlung der Hinzuverdienstgrenzen, Verfahren

In Abhängigkeit davon, ob eine **teilweise** oder **volle** Erwerbsminderungsrente geleistet wird, gelten unterschiedliche monatliche Hinzuverdienstgrenzen.

3. Zu berücksichtigendes Einkommen

Einkommen aus mehreren Beschäftigungen und/oder Tätigkeiten werden grundsätzlich zusammenge-rechnet. Dabei ist zu beachten, dass nur ein Verlustausgleich innerhalb der Einkommensart zulässig ist. Leistungen ausländischer Stellen, die den nationalen Leistungen gleichgestellt sind, werden gleichermaßen angerechnet.

3.1 Arbeitsentgelt

Zum Arbeitsentgelt zählen alle laufenden und einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung (auch aus geringfügiger Beschäftigung/Minijob). Leistet ein Berechtigter Altersteilzeit, ist bei der Ermittlung des Arbeitsentgelts nur das erzielte Arbeitsentgelt zugrunde zu legen. Der vom Arbeitgeber steuerfrei gezahlte Aufstockungsbetrag bleibt unberücksichtigt. Der Bezug von Vorruhestandsgeld steht dem Arbeitsentgelt gleich; hierbei handelt es sich um Leistungen, die der Arbeitgeber an ausgeschiedene Arbeitnehmer zahlt. Als Entgelt ist der Bruttobetrag anzurechnen.

3.2 Arbeitseinkommen

Der Begriff des Arbeitseinkommens umfasst die Einkünfte, die nach dem Einkommensteuergesetz als Einkünfte aus Gewerbebetrieb oder selbstständiger Arbeit bewertet werden, unabhängig von der Ausübung einer Tätigkeit, deshalb auch z. B. den Gewinn aus der Erzeugung regenerativer Energien mittels Photovoltaik- oder Windkraftanlagen. Anhaltspunkt für die Höhe des aktuellen Einkommens kann der letzte Einkommensteuerbescheid sein.

Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft sind zu berücksichtigen, wenn der Rentenbezieher Landwirt ist. Landwirt im Sinne des ALG ist, wer ein land-, forstwirtschaftliches oder gärtnerisches Unternehmen betreibt oder an einem solchen Unternehmen beteiligt ist, das die Mindestgröße erreicht. Der Ehegatte gilt als Landwirt. Eine Versicherungsfreiheit oder eine Befreiung von der Versicherungspflicht beeinflusst die Landwirtschenschaft nicht.

Das Arbeitseinkommen, welches im Ergebnis dem steuerrechtlichen Gewinn entspricht, ist, sofern ein Einkommensteuerbescheid noch nicht vorliegt, im Rahmen einer vorausschauenden Betrachtung zu ermitteln, das heißt gegebenenfalls zu schätzen. Der Schätzung sind zugrunde zu legen:

- eine Bescheinigung des Steuerberaters,
- die entsprechende Erklärung des Berechtigten,
- der maßgebende Teil der Steuererklärung oder
- die erstellte Bilanz mit entsprechender Gewinn- und Verlustrechnung.

3.3 Vergleichbares Einkommen

Zum vergleichbaren Einkommen gehören insbesondere Überbrückungsgelder des Arbeitgebers, Abfindungen des Arbeitgebers wegen der Beendigung des Arbeitsverhältnisses soweit hierdurch der Verlust von Arbeitsentgelt ausgeglichen wird, Aufwandsentschädigungen soweit sie steuerpflichtig sind, Bezüge von Ministern, parlamentarischen Staatssekretären sowie Abgeordnetendiäten (nicht jedoch die zusätzlich gewährte Aufwendungspauschale).



3.4 Sozialleistungen

Bei der Prüfung der Hinzuverdienstgrenze sind bei den Erwerbsminderungsrenten auch bestimmte kurzfristige Erwerbsersatz Einkommen anzurechnen. In Abhängigkeit von der Rentenart **teilweise** oder **volle** Erwerbsminderungsrente werden unterschiedliche Erwerbsersatz Einkommen angerechnet.

Es ist nicht der Betrag der Sozialleistung selbst anzurechnen, sondern die beitragspflichtige Einnahme, die der Sozialleistung zugrunde liegt.

3.4.1 Rente wegen voller Erwerbsminderung

Bei dieser Rente steht das für denselben Zeitraum gewährte

- Verletztengeld und das
- Übergangsgeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung dem Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen gleich.

3.4.2 Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

Bei dieser Rente stehen die nachfolgend aufgeführten Sozialleistungen dem Entgelt oder Einkommen gleich:

- Arbeitslosengeld,
- Kurzarbeitergeld, Saison-Kurzarbeitergeld, Transferkurzarbeitergeld,
- Qualifizierungsgeld,
- Insolvenzgeld,
- Verletztengeld,
- Pflegeunterstützungsgeld,
- Mutterschaftsgeld,
- Krankengeld, das aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung geleistet wird, die nach dem Rentenbeginn begonnen hat,
- Krankengeld der Sozialen Entschädigung, das aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit geleistet wird, die nach dem Rentenbeginn eingetreten ist oder aufgrund einer stationären Behandlung geleistet wird, wenn ein nach dem Rentenbeginn erzielt Entgelt oder Einkommen zugrunde liegt,
- Übergangsgeld, dem ein Entgelt oder Einkommen zugrunde liegt, welches nach dem Rentenbeginn erzielt wurde oder welches aus der gesetzlichen Unfallversicherung geleistet wird und
- vergleichbare Leistungen einschließlich vergleichbarer Leistungen von einer Stelle im Ausland.



Aktenzeichen:

Anlage K zum Antrag von										
A. Angaben zur Person										
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)		Geburtsdatum								
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		Telefon Vorwahl/Rufnummer								
B. Ärztlicher Befund- und Behandlungsbericht zum Rentenantrag										
Nicht auszufüllen, falls bereits ein Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung gestellt wurde.										
1. Behandlung Der Patient befindet sich in meiner Behandlung seit dem _____ Tag, Monat, Jahr Letzter Kontakt am _____ Tag, Monat, Jahr Kontakte bestehen ☐ wöchentlich ☐ 14-tägig ☐ monatlich ☐ seltener Der Antrag erfolgte auf meine Anregung? ☐ nein ☐ ja 2. Antragsbegründende Diagnosen nach Relevanz (Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die Diagnoseschlüssel nach ICD-10 anzugeben.) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;"></th> <th style="width: 15%; font-size: small;">Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (Bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen.)</th> <th style="width: 10%; font-size: small;">Seitenlo- kalisation</th> <th style="width: 10%; font-size: small;">Diagnose- sicherheit</th> <th style="width: 20%; font-size: x-small;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td style="text-align: center;"> </td></tr></tbody></table>					Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (Bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen.)	Seitenlo- kalisation	Diagnose- sicherheit		1. _____	
	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (Bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen.)	Seitenlo- kalisation	Diagnose- sicherheit							
1. _____										



Aktenzeichen:

5. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Aktivitäten/Teilhabe					
	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar	keine Angabe möglich
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	☐	☐	☐	☐	☐
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine ausführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	☐	☐	☐	☐	☐
Mobilität (z. B. Stehen, Gehen, Transfer Bett Stuhl beziehungsweise Rollstuhl, Treppensteigen)	☐	☐	☐	☐	☐
Selbstversorgung (Essen, Trinken, Ankleiden und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung)	☐	☐	☐	☐	☐
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	☐	☐	☐	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	☐	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche: Arbeit und Beschäftigungen (z. B. wirtschaftliche Eigenständigkeit)	☐	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche: Erziehung und Bildung (z. B. sich beschäftigen können)	☐	☐	☐	☐	☐



Aktenzeichen:

6. Bisherige und aktuelle Therapie (inklusive Hilfsmittel)

7. Untersuchungsbefunde (körperlicher / psychischer Befund)

Körpergröße _____ cm

Körpergewicht _____ kg

8. Wichtige antragsrelevante medizinisch-technische Befunde (bitte in Kopie beifügen)

9. Beschreibung der Lebensumstände (Kontextfaktoren)

(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alteneinrichtung / Pflegeeinrichtung lebend, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung / Unterstützungsbedarf, sprachliche Verständnisschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

10. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

☐ Bewegungsmangel

☐ Übergewicht

☐ Untergewicht

☐ Alkohol

☐ Drogen

☐ Medikamente

☐ Nikotin

☐ Sonstiges _____

11. Sonstige Angaben

Der Patient ist derzeit durch mich arbeitsunfähig geschrieben.

☐ nein

☐ ja, seit _____ wegen _____
Tag, Monat, Jahr Grund der Arbeitsunfähigkeit

Befundänderung in den letzten 12 Monaten

☐ nein

☐ ja ☐ Besserung seit _____ ☐ Verschlechterung seit _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

Verständigung in deutscher Sprache möglich

☐ nein Wenn nein, in welcher Sprache? _____

☐ ja

Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel besteht.

☐ nein

☐ ja ☐ mit Begleitperson

Besserung der Leistungsfähigkeit ist möglich.

☐ nein

☐ ja

☐ kann ich nicht beurteilen

Belastbarkeit für eine Rehabilitation besteht.

☐ nein

☐ ja



Aktenzeichen:

12. Bemerkungen

C. Unterschrift

Anschrift des Arztes

Telefon-Nr. des Arztes

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Die Landwirtschaftliche Alterskasse honoriert diesen Befundbericht pauschal mit 41,04 €. Bitte verwenden Sie die als Anlage beigefügte Honorarabrechnung.



Aktenzeichen:

Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht	
Versicherter	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
Ärztlicher Befundbericht (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigelegte Kopien)	41,04 €
Das Honorar ist zu überweisen an	
Kontoinhaber	IK
Name und Sitz der Bank	
IBAN	BIC
Zuständiges Finanzamt zur Meldung ggf. im Rahmen der Mitteilungsverordnung	
Bitte unbedingt angeben:	
Rechnungsnummer	Rechnungsdatum
Datum	Stempel und Unterschrift
Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes versehen sind.	