



Aktenzeichen:

HZ 3 Kurzfristiges Erwerbsersatz Einkommen			
A. Angaben zur Person			
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		Telefon Vorwahl/Rufnummer	
B. Angaben zum Leistungsbezug			
Die Angaben werden erbeten für die Zeit vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr			
Die Rente wegen Erwerbsminderung _____ wurde beantragt am / beginnt am			
C. Bescheinigung der Leistung			
1. Art der Leistung ☐ Krankengeld ☐ Verletztengeld ☐ Krankengeld der Sozialen Entschädigung ☐ Mutterschaftsgeld ☐ Übergangsgeld ☐ Konkursausfall-/Insolvenzgeld ☐ Arbeitslosengeld (auch Eingliederungsgeld, nicht Bürgergeld) ☐ Leistungen von einer Stelle im Ausland _____ Art der ausländischen Leistung Hinweis: Als Hinzuverdienst ist jeweils die der jeweiligen Sozialleistung zugrunde liegende beitragspflichtige Einnahme zu berücksichtigen.			
2. Für den Leistungsbezieher wurden im zu bestätigenden Zeitraum folgende Entgelte zugrunde gelegt:			
vom _____	bis _____	_____ €	☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	beitragspflichtige Einnahmen	
vom _____	bis _____	_____ €	☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	beitragspflichtige Einnahmen	
vom _____	bis _____	_____ €	☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	beitragspflichtige Einnahmen	
vom _____	bis _____	_____ €	☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	beitragspflichtige Einnahmen	
vom _____	bis _____	_____ €	☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	beitragspflichtige Einnahmen	
vom _____	bis _____	_____ €	☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	beitragspflichtige Einnahmen	
vom _____	bis _____	_____ €	☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	beitragspflichtige Einnahmen	
vom _____	bis _____	_____ €	☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	beitragspflichtige Einnahmen	
vom _____	bis _____	_____ €	☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	beitragspflichtige Einnahmen	



Aktenzeichen:

D. Ergänzende Angaben
1. Wird/wurde auf die Sozialleistung verzichtet? ☐ nein ☐ ja, und zwar vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr 2. Hat die Sozialleistung aus Gründen geruht, die nicht in einem Rentenbezug der Alterskasse liegen? ☐ nein ☐ ja, und zwar vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr _____ Begründung 3. Wird auf die Sozialleistung geringfügiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen angerechnet? ☐ nein ☐ ja, es werden _____ € angerechnet. vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr 4. Wird ein Erstattungsanspruch im Falle der Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung geltend gemacht? ☐ nein ☐ ja 5. Krankengeld Das Krankengeld wird/wurde geleistet aufgrund ☐ einer Arbeitsunfähigkeit und zwar ab/vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr ☐ einer stationären Behandlung, die nach dem Beginn der Rente begonnen hat 6. Übergangsgeld Der Übergangsgeldberechnung liegt ein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen zugrunde, das erzielt wird/wurde vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr Wird das Übergangsgeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung geleistet? ☐ nein ☐ ja 7. Versorgungskrankengeld Das Versorgungskrankengeld wird/wurde geleistet aufgrund ☐ einer Arbeitsunfähigkeit und zwar ab/vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr ☐ während einer stationären Behandlungsmaßnahme, dem ein nach Beginn der Rente erzielt Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zugrunde liegt.
E. Bestätigung der zahlenden Stelle
Für Rückfragen sind wir erreichbar unter der Telefonnummer: _____ Bitte Durchwahl angeben _____ Datum Stempel/Unterschrift der Zahlstelle