

Fachbereich Jugend & Soziales  
Wirtschaftliche Hilfen, Beratung und Betreuung  
Versicherungsamt

**Falls Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, wird um rechtzeitige Absage gebeten.**

---

## **Merkblatt für die Beantragung einer Erwerbsminderungsrente**

**Für die Antragstellung sind folgende Unterlagen (als Original bzw. beglaubigter Fotokopie) und Angaben unbedingt erforderlich:**

- Ihr gültiger Personalausweis, gültiger Reisepass oder Familienstammbuch
- falls die Rente nicht von Ihnen persönlich beantragt wird  
Vollmacht mit Angabe der Bankverbindung (IBAN des Kontos, auf welches die Rente überweisen werden soll)
- Ihre Steueridentifikationsnummer (sh. aktuelle Lohnsteuerbescheinigung oder Steuerbescheid)
- Geburtsurkunde Ihres Kindes/Ihrer Kinder
- Ihre Krankenversicherungskarte
- Aktueller Versicherungsverlauf
- Die IBAN Ihrer Bankverbindung
- Nachweise über Ihre Berufsausbildung(en), auch Sprachkurse, Umschulungen usw. (z. B. Lehrvertrag, Gesellenbrief, Arbeitgeberzeugnis usw.), auch wenn Sie diese Ausbildung nicht beendet haben.

**Die Vorlage dieser Nachweise ist auch erforderlich, wenn dieser Zeitraum bereits als „Pflichtbeitrag“ in Ihrem Versicherungsverlauf gespeichert ist.**

- Nachweise über weiteres Einkommen  
( z. B. Witwenrente, Betriebsrente, Zusatzrente, Unfallrente, Lohnfortzahlung, Krankengeld, Wohngeld, Leistungen des Arbeitsamtes bzw. des Jobcenters, Pension usw.)?  
Bitte entsprechende Unterlagen vorlegen!
- Falls Sie schriftlich zur Rentenantragstellung von der Krankenkasse, der Agentur für Arbeit, dem Jobcenter bzw. einer sonstigen Stelle aufgefordert wurden:  
Bitte bringen Sie diese Aufforderung mit.
- falls Sie schwerbehindert sind:  
Bitte bringen den Bescheid des Versorgungsamtes über die Schwerbehinderung mitbringen. Der Schwerbehindertenausweis reicht allein nicht aus.
- falls ein Pflegegrad von der Krankenkasse bewilligt wurde  
Bitte bringen Sie den Bescheid der Krankenkasse mit.
- falls Sie früher bereits einen Rentenantrag gestellt haben  
Bitte bringen Sie den Bescheid des Rentenversicherungsträgers mit.

**Bei welcher Krankenkasse / welchen Krankenkassen waren Sie seit dem 1.1.1989 krankenversichert.**

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

**Auflistung aller von Ihnen bisher ausgeübten Berufe/Tätigkeiten (auch Selbstständigkeit) in zeitlicher Reihenfolge**

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ **als** \_\_\_\_\_  
 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ **als** \_\_\_\_\_  
 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ **als** \_\_\_\_\_  
 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ **als** \_\_\_\_\_  
 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ **als** \_\_\_\_\_

(bitte Anlagebogen beifügen, falls die Spalten nicht ausreichen)

**kurze Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen** (entfällt, falls Sie von Ihrem Arzt bereits ein Attest erhalten haben)

**Name und genaue Anschrift (mit Telefonnummer) Ihres Hausarztes**

---

**Name und genaue Anschrift (mit Telefonnummer) von Ärzten, bei denen Sie in den letzten 2 – 3 Jahren zusätzlich in Behandlung waren**

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

bitte Anlagebogen beifügen, falls die Spalten nicht ausreichen

---

**Angabe zu stationären Krankenhausbehandlungen in den letzten 3 Jahren**

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_

bitte Anlagebogen beifügen, falls die Spalten nicht ausreichen

---

**Angabe zu durchgeführten Kuren (Rehamaßnahmen) in den letzten 3 Jahren**

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in Bad \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in Bad \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in Bad \_\_\_\_\_

---

**Angabe zu amtsärztlichen Untersuchungen in den letzten 3 Jahren, z. B.**

beim Vertrauensarzt einer Krankenkassen am \_\_\_\_\_

beim Arbeitsamt/ARGE/Jobcenter am \_\_\_\_\_

beim Versorgungsamt am \_\_\_\_\_

beim Gesundheitsamt am \_\_\_\_\_

---