

Anschrift des jeweiligen
Anbieters

Feld für Vertragsnummer des Anbieters

2019

Name und Anschrift des Antragstellers

Antrag auf Altersvorsorgezulage

Optionales Feld für Telefonnummer des Antragstellers
- Angabe der Telefonnummer ist freiwillig -

**Bitte sofort an oben links stehende Anschrift¹
zurücksenden (spätestens bis 31.12.2021)**

A Art der Zulageberechtigung

Ich bin für das Jahr 2019 **unmittelbar** zulageberechtigt.²

Abweichend hiervon bin ich für das Jahr 2019 **mittelbar** zulageberechtigt.³

Bitte füllen Sie in diesem Fall auch unbedingt die Angaben zum Ehegatten / Lebenspartner¹ in Abschnitt C aus.

B Bereits erfasste Daten Bei Änderungen oder Ergänzungen hier Eintragungen vornehmen

Antragsteller/in Umlaute (Ä, ä, Ö, ö, Ü, ü) und ß sind zulässig.

IDENTIFIKATIONSNUMMER ⁴	
SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER ⁵ / ZULAGENUMMER	
GESCHLECHT	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
STAATSANGEHÖRIGKEIT	
TITEL (z. B. Dr., Prof.)	
VORNAME(N)	
NAMENSZUSATZ (z. B. Baroness, Baron, Gräfin)	
VORSATZWORT (z. B. von, auf, der, da, de, del)	
NAME	
GEBURTSORT (ohne PLZ)	
GEBURTSNAME	
GEBURTSDATUM (TT.MM.JJJJ)	
STRASSE / HAUSNUMMER	
PLZ ORT (Wohnsitz)	

Die hochgestellten Zahlen verweisen auf die entsprechenden Abschnitte in den Erläuterungen zum Antrag auf Altersvorsorgezulage 2019.

C Erklärung (falls zutreffend bitte ankreuzen)

Die bereits erfassten Daten zum Ehegatten / Lebenspartner sind seit dem 01.01.2019 nicht mehr gültig (z. B. Scheidung / Aufhebung der Lebenspartnerschaft).

Bereits erfasste Daten	Bei Änderungen oder Ergänzungen hier Eintragungen vornehmen
Ehegatte / Ehegattin Lebenspartner / Lebenspartnerin¹	Umlaute (Ä, ä, Ö, ö, Ü, ü) und ß sind zulässig.
IDENTIFIKATIONSNUMMER ⁴	
SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER ⁵ / ZULAGENUMMER	
GESCHLECHT	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
STAATSANGEHÖRIGKEIT	
TITEL (z. B. Dr., Prof.)	
VORNAME(N)	
NAMENSZUSATZ (z. B. Baroness, Baron, Gräfin)	
VORSATZWORT (z. B. von, auf, der, da, de, del)	
NAME	
GEBURTSORT (ohne PLZ)	
GEBURTSNAME	
GEBURTSDATUM (TT.MM.JJJJ)	

D Angaben zum Personenkreis nach § 10a Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 2 und Satz 4 Einkommensteuergesetz (z. B. Beamte, Richter, Berufssoldaten oder diesen gleichgestellte Personen sowie Empfänger von Versorgungsbezügen wegen Dienstunfähigkeit)²

Gehören Sie zum Kreis der **Beamten, Richter und Berufssoldaten, diesen gleichgestellten Personen oder sind Sie ein Empfänger von Versorgungsbezügen wegen Dienstunfähigkeit**, lesen Sie sich bitte hierzu den gesamten Abschnitt D aufmerksam durch und setzen ein Kreuz im Feld am Ende dieses Absatzes, wenn die nachfolgend genannten Voraussetzungen auf Sie zutreffen.

Ich war in der Zeit zwischen dem 01.01. und 31.12.2018

- Empfänger von
 - inländischer Besoldung nach dem Bundesbesoldungsgesetz oder einem Landesbesoldungsgesetz
 - Amtsbezügen aus einem inländischen Amtsverhältnis, das eine den Beamten gleichgestellte Versorgung gewährleistet
 - Einnahmen als versicherungsfrei Beschäftigter, dessen Versorgungsrecht eine den Beamten gleichgestellte Versorgung gewährleistet
 - Einnahmen als beurlaubter Beamter mit Anspruch auf Versorgung für die Dauer der Beschäftigung
 - Einnahmen als Minister, Senator, Parlamentarischer Staatssekretär
 - Versorgungsbezügen wegen Dienstunfähigkeit

oder

- eine dieser Personengruppe gleichgestellte Person (z. B. beurlaubte Beamte im zeitlichen Umfang der rentenversicherungspflichtigen Kindererziehungszeiten)

und hatte daneben **keine** rentenversicherungspflichtigen Einnahmen.

Die oben genannten Voraussetzungen treffen auf mich zu.

Haben Sie in diesem Abschnitt ein Kreuz gesetzt, beachten Sie bitte zusätzlich die folgenden weiteren Hinweise:
Bei Beamten und diesen gleichgestellten Personen erhält die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) die Daten, die sie für die Berechnung der Zulage benötigt, mittels elektronischer Übermittlung von Ihrer zuständigen Stelle. Das ist z. B. der Dienstherr, der zur Zahlung des Arbeitsentgelts verpflichtete Arbeitgeber oder die die Versorgung anordnende Stelle. Für

diese Datenübermittlung müssen Sie eine **schriftliche Einwilligungserklärung** bis zum 31.12.2019 bei Ihrer zuständigen Stelle abgeben. Beachten Sie bitte, dass die erneute Abgabe einer Einwilligungserklärung in jedem Fall bei einem Wechsel des Dienstherrn notwendig ist.

Der nachfolgende Abschnitt E ist in diesem Fall für Sie nicht relevant.

E Angaben über die Art und Höhe der maßgebenden Einnahmen, wenn Sie unmittelbar zulageberechtigt² sind

Hatten Sie im Jahr 2018 beitragspflichtige Einnahmen aus einem inländischen gesetzlichen rentenversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis und / oder haben Sie eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit von der **deutschen gesetzlichen Rentenversicherung** erhalten, erhebt die ZfA die Höhe dieser Einnahmen bei Ihrem Rentenversicherungsträger; hierzu sind grundsätzlich keine Angaben erforderlich (Ausnahme: siehe Punkt a)).
 Füllen Sie bitte die nachfolgenden Felder a) bis c) nur dann aus, wenn Sie im Jahr 2018 Einnahmen hatten, die unter den folgenden Punkten aufgeführt sind:

- Punkt a) Sie haben ein **tatsächliches Entgelt** (z. B. bei Altersteilzeit oder Kurzarbeit) erzielt und / oder **Entgeltersatzleistungen** (z. B. Kranken- oder Arbeitslosengeld) bezogen.
- Punkt b) Sie unterlagen einer ausländischen gesetzlichen Rentenversicherungspflicht und haben ausländische Einnahmen erzielt und / oder erhielten aus einer **ausländischen gesetzlichen Rentenversicherung** eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit.
- Punkt c) Sie sind pflichtversichert in der **landwirtschaftlichen Alterskasse** und haben Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft erzielt bzw. von dort Ihre Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit bezogen.

a) Angaben zum tatsächlichen Entgelt / zur Entgeltersatzleistung

Haben Sie im Jahr 2018 vorübergehend oder dauerhaft ein tatsächliches Entgelt erzielt, das von dem bei dem Rentenversicherungsträger zugrunde gelegten Entgelt - den beitragspflichtigen Einnahmen - abweicht (z. B. bei Altersteilzeit oder Kurzarbeit) oder bezogen Entgeltersatzleistungen (z. B. Kranken- oder Arbeitslosengeld)⁶, geben Sie hier bitte nachfolgend Ihr tatsächlich erzielt Entgelt bzw. Ihre Lohnersatzleistung an. Die Angaben dienen der Berechnung der Zulagen.

Zeitraum von - bis (Monat)	Tatsächliches Entgelt / Entgeltersatzleistung ⁶	
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> . <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="2018"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> . <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="2018"/>	<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="EUR"/>	

In den nachfolgenden Feldern sind Angaben nur erforderlich, wenn Sie Einkünfte aus mehreren Einkunftsarten bezogen haben.

Zeitraum von - bis (Monat)	Tatsächliches Entgelt / Entgeltersatzleistung ⁶	
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> . <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="2018"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> . <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="2018"/>	<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="EUR"/>	

b) Angaben zu ausländischen Einnahmen und / oder einer Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit aus einer ausländischen gesetzlichen Rentenversicherung

Ich übte im Jahr **2019** eine Beschäftigung aus, die einer ausländischen gesetzlichen Rentenversicherungspflicht unterlag und / oder erhielt eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit aus einer ausländischen gesetzlichen Rentenversicherung.

Ich bezog im Kalenderjahr **2018** Einnahmen aus einer Beschäftigung, die einer ausländischen gesetzlichen Rentenversicherungspflicht unterlag und / oder erhielt eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit aus einer ausländischen gesetzlichen Rentenversicherung. **Die Angabe ist unbedingt erforderlich, sofern unter b) ein Kreuz gesetzt wurde.**

	Summe der ausländischen Einnahmen ^{6, 7}	Währung
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> . <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="2018"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> . <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="2018"/>	<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	

c) **Angaben zu Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft (§ 13 Einkommensteuergesetz) - und / oder einer Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte**

Ich bin pflichtversichert in der landwirtschaftlichen Alterskasse und / oder bezog im Kalenderjahr 2018 von dort eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit. Meine Mitgliedsnummer der landwirtschaftlichen Alterskasse lautet:

Im Kalenderjahr **2017** betragen die positiven Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft⁸

_____ E U R

und / oder ich bezog im Kalenderjahr **2018** eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte

Zeitraum von - bis (Monat)

Höhe der Bruttorente^{7, 8}

____. **2 0 1 8** - ____ . **2 0 1 8** _____ E U R

F Kinderzulage

Ich beantrage die Kinderzulage für Kind/-er.

Bitte füllen Sie hierzu den Ergänzungsbogen - Kinderzulage - aus.

Es müssen im Abschnitt C Angaben zum Ehegatten / Lebenspartner eingetragen werden, sofern es sich bei den genannten Kindern um Kinder von Eltern handelt, bei denen die nachfolgenden Bedingungen zutreffen:

- sind miteinander verheiratet / führen eine Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz
- lebten nicht während des gesamten Jahres **2019** dauerhaft getrennt
- haben ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einem Staat, auf den das Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) anwendbar ist.

G

Bevollmächtigung (Bitte lesen Sie hierzu den Punkt 9 der Erläuterungen zum Antrag auf Altersvorsorgezulage 2019.)

Raum für den Anbieter, sich eine Vollmacht erteilen zu lassen.

Dieses Feld ist optional.

Unterschrift nicht vergessen!

____. ____ . ____

Datum (TT.MM.JJJJ)

Antragsteller/in

gesetzliche/r Vertreter/in / Bevollmächtigte/r

Datenschutzverordnung (DSGVO)

Raum für den Anbieter für Hinweise zu seinem Datenschutz

Dieses Feld ist optional.