

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

**Antrag auf Erstattung des entstandenen
Verdienstauffalls oder Einkommensausfalls**
(bitte nachträglich einreichen)

G0561

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Rehabilitandin / Rehabilitand (Name, Vorname) - falls nicht Versicherte oder Versicherter	Geburtsdatum

1 Angaben der Person, der Verdienstauffall oder Einkommensausfall entstanden ist

Name	Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Ich bin	Ich beziehe
☐ abhängig beschäftigt ☐ selbstständig tätig ☐ verbeamtet / DO-angestellt	☐ Arbeitslosengeld ☐ Bürgergeld

2 Angaben des Arbeitgebers / des Dienstherrn

2.1 Wurde unbezahlter Urlaub oder unbezahlte Freistellung gewährt?		
☐ nein ☐ ja		
2.2 Zeitraum des Verdienstauffalls	am	am
vom - bis		
Bei stundenweiser Arbeitsbefreiung:		Anzahl der entfallenen Arbeitsstunden
2.3 Höhe des entgangenen Netto arbeitsentgeltes / der entgangenen Netto bezüge für den unter Ziffer 2.2 angegebenen Zeitraum (einschließlich anteiliger Sonderzahlungen)		Betrag in EUR insgesamt
2.4 Für wie viele Kalendertage wäre der Verdienst in dem oben angegebenen Zeitraum gezahlt worden?		Kalendertage
2.5 Der Beschäftigungsort / Tätigkeitsort befindet sich in den		
☐ alten Bundesländern ☐ neuen Bundesländern		

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers / Dienstherrn



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

3 Angaben bei Selbständigkeit

3.1 Zeitraum des Einkommensausfalls	am	am
vom - bis		
3.2 Höhe des entgangenen Gewinns für den oben angegebenen Zeitraum (Bitte Nachweise beifügen!)	Betrag in EUR insgesamt	
3.3 Die Betriebsstätte befindet sich in den		
☐ alten Bundesländern ☐ neuen Bundesländern		

4 Verdienstausschlag im Rahmen der Haushaltshilfe

Wurde vor der Leistung zur Teilhabe bereits ein Verdienstausschlag durch einen anderen Leistungsträger erstattet?	
vom - bis	
☐ nein	☐ ja, für folgenden Zeitraum
Name des Leistungsträgers	
Anschrift	

5 Bankverbindung der Versicherten / des Versicherten oder der Begleitperson / Haushaltshilfe

IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaber / Kontoinhaber	

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

6 Erklärung

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen und zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ich verpflichte mich, alle Veränderungen, die im Zusammenhang mit der Antragstellung stehen, dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der Person, der Verdienstausschlag / Einkommensausfall entstanden ist



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

7 Folgende Unterlagen sind beigelegt: (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- ☐ Nachweise über Mehraufwendungen zur freiwilligen Sozialversicherung
- ☐ Nachweise über Mehraufwendungen zur privaten Krankenversicherung / Pflegeversicherung
- ☐ Nachweise über den entgangenen Gewinn
- ☐ Bewilligungsbescheid und Aufhebungsbescheid der Agentur für Arbeit über den Bezug von Arbeitslosengeld
- ☐ Bescheid des Trägers der Grundsicherung für Arbeitsuchende über den Bezug von Bürgergeld
- ☐ Sonstiges _____

