

Antrag auf Altersvorsorgezulage

Name und Anschrift des Antragstellers

Angabe der Telefonnummer - freiwillig -
Tel.:

Bitte umgehend an oben links stehende An-
schrift zurücksenden (spätestens bis 31.12.2022) ¹

A Art der Zulageberechtigung

Ich bin für das Jahr 2020 **unmittelbar** zulageberechtigt. ²

Abweichend hiervon bin ich für das Jahr 2020 **mittelbar** zulageberechtigt. ³

Bitte füllen Sie in diesem Fall auch unbedingt die Angaben zum Ehegatten / Lebenspartner ¹ 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 2020.

C Erklärung (falls zutreffend bitte ankreuzen)

Vertragsnummer

Die bereits erfassten Daten zum Ehegatten / Lebenspartner sind seit dem 01.01.2020 nicht mehr gültig (z. B. Scheidung / Aufhebung der Lebenspartnerschaft).

Bereits erfasste Daten	Bei Änderungen oder Ergänzungen hier Eintragungen vornehmen
Ehegatte / Ehegattin Lebenspartner / Lebenspartnerin¹	<i>Umlaute (Ä, ä, Ö, ö, Ü, ü) und ß sind zulässig.</i>
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 31.12.2019

- 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 31.12.2020 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 2019 beitragspflichtige Einnahmen aus einem inländischen gesetzlichen rentenversicherungs-
pflichtigen 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 keine Angaben erforderlich. Haben Sie im
Jahr 2019 Entgeltersatzleistungen (z.B. Kranken-, Arbeitslosen- oder Kurzarbeitergeld) bezogen, erhebt die ZfA
die Höhe dieser Einnahmen bei der Finanzverwaltung; hierzu sind ebenfalls keine Angaben erforderlich.

Füllen Sie bitte die nachfolgenden Felder a) bis c) nur dann aus, wenn Sie im Jahr 2019 Einnahmen hatten, die
unter den folgenden Punkten aufgeführt sind:

- Punkt a) Sie haben ein **tatsächliches Entgelt** (z. B. bei Altersteilzeit oder aus einer Beschäftigung in einer
Werkstatt für behinderte Menschen) erzielt.
- 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. Erwerbsunfähig-
keit bezogen.

a) Angaben zum tatsächlichen Entgelt

Haben Sie im Jahr 2019 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 aus einer Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen)⁶, geben Sie hier bitte
nachfolgend Ihr tatsächlich erzielt Entgelt an. Die Angaben dienen der Berechnung der Zulagen.

Zeitraum von - bis (Monat)

Tatsächliches Entgelt⁶

	.	2	0	1	9	-		.	2	0	1	9		E	U	R
--	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	--	---	---	---

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

Ich übte im Jahr **2020** eine Beschäftigung aus, die einer ausländischen gesetzlichen Rentenversicherungs-
pflicht unterlag und / oder erhielt eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Erwerbsunfähigkeit aus
einer ausländischen gesetzlichen Rentenversicherung.

Ich bezog im Kalenderjahr **2019** 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

	.	2	0	1	9	-		.	2	0	1	9				
--	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	--	--	--	--

