

Fondi Gjerman i Pensioneve
i landit Rheinland-Pfalz
Deutsche Rentenversicherung
Rheinland-Pfalz
Adresa: 67340 Speyer
Anshrift:

GJERMANI
DEUTSCHLAND

Telefon: +49 6232 17 0
Fax: +49 6232 17 12
Email: service@drv-rlp.de

Fondi Gjerman i Pensioneve
Federatë
Deutsche Rentenversicherung
Bund
Adresa: 10704 Berlin
Anshrift:

GJERMANI
DEUTSCHLAND

Telefon: +49 30 865 1
Fax: +49 30 865 27240
Email: info@drv-bund.de

Fondi Gjerman i Pensioneve
Knappschaft-Bahn-See
Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See
Adresa: 44781 Bochum
Anshrift:

GJERMANI
DEUTSCHLAND

Telefon: +49 234 304 0
Fax: +49 234 304-53050
Email: rentenversicherung@kbs.de

 **Deutsche
Rentenversicherung**

AL/DE 1

Kërkesa për pensionin e të siguruarit nga Sigurimi Gjerman i Pensioneve

Shënimet shoqëruese do t'ju ndihmojnë në plotësimin e formularit. Ju lutemi t'i përgjigjeni saktë të gjitha pyetjetve, të shënoni me kryq alternativat korresponduese dhe të bashkëngjisni të gjitha dokumentet e nevojshme.

Antrag auf Versichertenrente aus der Deutschen Rentenversicherung

Die beiliegenden Erläuterungen sollen Ihnen beim Ausfüllen des Antrages helfen. Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen Sie alle notwendigen Nachweise bei.

A Të dhëna mbi të siguarin

Angaben zum Versicherten

1	Numri Shqiptar i Sigurimeve Shoqërore	<input type="text"/>	Albanische Sozialversicherungsnummer						
2	Numri Gjerman i Sigurimeve Shoqërore	<input type="text"/>	Deutsche Versicherungsnummer						
3	Numri i referencës (nëse dihet)	<input type="text"/>	Kennzeichen (soweit bekannt)						
4	Mbiemri	<input type="text"/>	Nachname						
5	Emri (emrat) (Lutemi nënvizoni emrin më të përdorur)	<input type="text"/>	Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)						
6	Mbiemri i lindjes (nëse është i ndryshëm)	<input type="text"/>	Geburtsname (wenn abweichend)						
7	Mbiemrat e mëparshëm	<input type="text"/>	Frühere Namen						
8	Datëlindja (Lutemi bashkëlidhni certifikatën e lindjes ose konfirmojeni në pjesën "J".)	<table border="1"> <tr> <td>Dita Tag</td> <td>Muaji Monat</td> <td>Viti Jahr</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen.)
Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
9	Vendlindja (Qyteti) (Rrethi, Qarku, Shteti)	<input type="text"/>	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)						
10	Gjinia	<input type="checkbox"/> mashkull männlich <input type="checkbox"/> femër weiblich	Geschlecht						
11	Shtetësia (shtetësitë) aktuale (Lutemi bashkëlidhni dëshminë ose konfirmojeni në pjesën "J".)	<input type="text"/>	Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen.)						
12	Adresa aktuale	<input type="text"/>	Derzeitige Anschrift						
13	Numri i telefonit	<input type="text"/>	Telefonnummer						
14	Numri i faksit	<input type="text"/>	Telefaxnummer						
15	Gjendja civile	<input type="checkbox"/> I/(e) pamartuar (beqar(e), i/(e) ve ose i/(e) divorcuar), nuk jeton në bashkëjetesë të regjistruar nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden), nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> I/(e) martuar / i/(e) martuar përsëri/	Familienstand						

	bashkëjetesë e regjistruar verheiratet / wieder verheiratet / in Ein- getragener Lebenspartnerschaft lebend	
--	---	--

B Aplikimi nëpërmjet një personi tjetër
(Ju lutemi bashkëlidhni autorizimin /
dëshminë.)

Antragstellung durch andere Person
(Bitte Vollmacht / Nachweis beifügen.)

1	Mbiemri		Nachname
2	Emri (emrat) (Ju lutemi nënvizoni pseudonimin.)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)
3	Adresa		Anschrift
4	Numri i telefonit		Telefonnummer
5	Numri i faksit		Telefaxnummer

C Lloji i pensionit të aplikuar dhe fillimi i pensionit

Beantragte Rentenart und Rentenbeginn

1	Pension pleqërie	<input type="checkbox"/>	Altersrente
2	Pension invaliditeti (Ju lutemi plotësoni edhe pjesën "K".)	<input type="checkbox"/>	Rente wegen Erwerbsminderung (Bitte auch Teil K ausfüllen.)
3	Pension për rritje fëmije për të divorcuarit pas datës 30.06.1977, të cilët rritin ose kujdesen për fëmijët.	<input type="checkbox"/>	Erziehungsrente für nach dem 30.06.1977 Geschiedene, die Kinder erziehen oder betreuen.
4	Pension i pleqërisë duhet të fillojë - në rastin e parë të mundshëm me reduktim pensioni ose - në rastin e parë të mundshëm pa reduktim pensioni ose - në datën	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dita Tag Muaji Monat Viti Jahr	Die Altersrente soll beginnen - zum frühestmöglichen Zeitpunkt mit Rentenminderung oder - zum frühestmöglichen Zeitpunkt ohne Rentenminderung oder - zum
5	Unë deklaroj se marrëdhënien (marrëdhëniet) e punësimit ose vetëpunësimit - e kam ndërprerë në datën (Ju lutemi bashkëlidhni vërtetimin mbi ndërprerjen e marrëdhënies së punësimit apo vetëpunësimit) - do e ndërpres në datën	 Dita Tag Muaji Monat Viti Jahr Dita Tag Muaji Monat Viti Jahr	Ich erkläre hiermit , dass ich meine Beschäftigung(en) gegen Entgelt und/oder selbständige(n) Tätigkeit(en) - aufgegeben habe zum (Bitte Bescheinigung über Aufgabe der Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit beifügen.) - aufgeben werde zum
6	Edhe pas fillimit të pensionit gjerman të pleqërisë unë do vazhdoj të punoj si i punësuar apo vetëpunësuar. Nëse po, lutemi për informacione plotësuese: - i punësuar (duke përfshirë përfitimet e pensionit të parakohshëm nga punëdhënësi) Të ardhurat mujore bruto (Ju lutemi bashkëlidhni vërtetimin e punëdhënësit) - I vetëpunësuar (ndërmarrje, vetëpunësim, bujqësi, pylltari, etj.)	<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja <input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja <input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja	Auch nach Beginn der deutschen Altersrente beabsichtige ich (weiterhin) eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit auszuüben. Wenn ja, bitte weitere Angaben: - abhängige Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen.) - selbständige Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.)

		voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuererklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen.)
--	--	--

D Të dhëna plotësuese mbi të siguruarin **Ergänzende Angaben zum Versicherten**

1	Kur jeni larguar nga Gjermania?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">Dita Tag</td> <td style="width: 10%;">Muaji Monat</td> <td style="width: 10%;">Viti Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr				Wann haben Sie Deutschland verlassen?
Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr							
2	Vendbanimi i fundit në Gjermani (Vendi, Qarku, Rruga)		Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)						
3	Numri Personal Gjerman i Identifikimit për qëllime tatimore (nëse dihet)		Deutsche Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke (soweit bekannt)						
4	A jeni i/(e) përndjekur i nacional-socializmit në kuptimin të Ligjit Federal të Kompensimit ose i/(e) përndjekur politik/(e) i/(e) ish-Republikës Demokratike Gjermane në kuptimin e Ligjit të Rehabilitimit Profesional? Nëse po , ju lutemi specifikoni: - autoriteti i cili ju kompenson - numri i dosjes	<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja	Sind Sie Verfolgter des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes oder politisch Verfolgter der ehemaligen DDR im Sinne des Beruflichen Rehabilitierungsgesetzes? Falls ja , bitte angeben: – Entschädigungsbehörde – Aktenzeichen						
5	A jeni i dëbuar ose refugjat në kuptim të Ligjit Federal mbi çështjet e të dëbuarve dhe refugjatëve? (Ju lutemi bashkëlidhni librezën e të dëbuarit.)	<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja	Sind Sie Vertriebener oder Flüchtling im Sinne des deutschen Bundesvertriebengesetzes? (Bitte Vertriebenausweis beifügen.)						
6	A jeni njohur me ligjet gjermane me të paktën 50% si person me aftësi të kufizuar të rëndë? (Ju lutemi bashkëlidhni prova.)	<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja	Sind Sie nach deutschen Gesetzen mindestens 50 % als schwerbehinderter Mensch anerkannt? (Bitte Nachweis beifügen.)						
7	Nëse keni lindur përpara datës 01.01.1951 : A e konsideroni veten të paaftë për të ushtruar profesionin apo punuar? Nëse po , që prej datës	<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po/ ja	Falls Sie vor dem 01.01.1951 geboren sind: Halten Sie sich für berufs- oder erwerbsunfähig? Falls ja , seit						
8	Nëse keni lindur përpara datës 01.01.1955 : A keni lidhur me punëdhënësin tuaj përpara datës 01.01.2007 një marrëveshje për dalje në pension të pjeshëm gjerman ? (Ju lutemi bashkëlidhni dokumenta justifikues.)	<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja	Falls Sie vor dem 01.01.1955 geboren sind: Haben Sie vor dem 01.01.2007 mit Ihrem Arbeitgeber eine Vereinbarung über deutsche Altersteilzeit getroffen? (Bitte Nachweis beifügen.)						

E Informacione mbi periudhat gjermane të sigurimit

Ju lutemi jepni këtu informacione mbi

- periudhat e punësimit
- periudhat e vetëpunësimit
- kontributet vullnetare
- Periudhat zëvendësues (psh. Dëbim)

Kufizohuni këtu në periudhat të cilat **nuk** janë të përfshira në historikun tuaj të sigurimit dhe ju lutemi bashkëlidhni dëshmitë përkatëse.

Historikun e sigurimit, nëse nevojitet, mund ta kërkonte tek institucioni juaj gjerman i sigurimit.

E Angaben zum deutschen Versicherungsleben

Bitte machen Sie hier Angaben über

- Beschäftigungszeiten
- Zeiten der selbständigen Tätigkeit
- freiwillige Beitragszahlungen
- Ersatzzeiten (z. B. Vertreibung)

Beschränken Sie sich dabei auf die Zeiten, die **nicht** in Ihrem Versicherungsverlauf enthalten sind und fügen Sie bitte entsprechende Beweismittel bei.

Einen Versicherungsverlauf können Sie bei Bedarf von Ihrem deutschen Versicherungsträger anfordern.

Periudha prej - deri Zeitraum vom - bis	Emërtimi i saktë i punës së ushtruar si i punësuar ose vetëpunësuar (për periudhat zëvendësuese ju lutemi specifikoni llojin e periudhës.) Genauere Bezeichnung der ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit (Bei Ersatzzeiten bitte die Art der Zeit angeben.)	Emri dhe Adresa e punëdhënësit / ndërmarrjes, në rast vetëpunësimit, lutemi shënoni "i/(e) vetëpunësuar" Name und Anschrift des Arbeitgebers/Unternehmens, bei Selbständigkeit bitte „selbständig“ angeben	Emri dhe adresa e shoqërisë së sigurimit, ku keni qenë i siguruar (p.sh. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse) Name und Anschrift der Krankenkasse, bei der Sie versichert waren (z. B. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)

Nëse hapësira është e pamjaftueshme, ju lutemi vazhdoni në një fletë të veçantë!

Falls Platz nicht ausreicht, bitte auf gesondertem Blatt fortsetzen!

F Informacione të tjera mbi periudhat e sigurimit
(Ju lutemi bashkëlidhni dëshmi, nëse ato nuk janë dërguar më parë.)

Weitere Angaben zum Versicherungsleben
(Bitte Nachweise beifügen, soweit nicht bereits früher übersandt.)

1	<p>A ju janë rimbursuar ndonjëherë kontributet nga Fondi Gjerman i Pensioneve?</p> <p>Nëse po, lutemi specifikoni: - Institucionin e sigurimeve</p> <p>- Numrin e sigurimit, numrin e dosjes</p>	<p><input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja</p>	<p>Sind Ihnen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden?</p> <p>Falls ja, bitte angeben: – Versicherungsträger – Versicherungsnummer, Aktenzeichen</p>
2	<p>A është bërë për ju pjesëtimi i pasurisë në rast divorci sipas legjislacionit gjerman?</p> <p>Nëse po: - A jeton akoma partneri juaj i mëparshëm? - Emri dhe adresa e partnerit të mëparshëm</p> <p>- A jeni i detyruar t'i paguani partnerit tuaj të mëparshëm mbështetje në të ardhura apo i keni paguar atij kompensim? (Ju lutemi bashkëlidhni marrëveshjen ose urdhrin e mbështetjes në të ardhura si dhe dëshminë e pagesës.)</p>	<p><input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja</p> <p><input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja</p> <p><input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja</p>	<p>Wurde für Sie ein Versorgungsausgleich nach deutschem Recht durchgeführt?</p> <p>Falls ja: – Lebt Ihr früherer Partner noch? – Name und Anschrift des früheren Partners</p> <p>– Sind Sie Ihrem früheren Partner zum Unterhalt verpflichtet oder haben Sie diesem eine Abfindung gezahlt? (Bitte Unterhaltstitel oder -vereinbarung und Zahlungsnachweis beifügen.)</p>
3	<p>A keni kryer në Gjermani ndonjë shkollë profesionale të intergruar me punësim në ndërmarrje (edhe nëse nuk është papërfunduar)?</p> <p>Periudha</p> <p>Lloji i shkollës profesionale (Ju lutemi bashkëlidhni dëshminë.)</p> <p>nëse është përfunduar më (Ju lutemi bashkëlidhni dëshminë.)</p>	<p><input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja</p> <p>nga / vom deri / bis</p> <p>Dita Tag Muaji Monat Viti Jahr</p>	<p>Haben Sie in Deutschland eine Berufsausbildung gemacht (auch ohne Abschluss)?</p> <p>Zeitraum</p> <p>Art der Berufsausbildung (Bitte Nachweis beifügen.)</p> <p>ggf. Abschluss am (Bitte Nachweis beifügen.)</p>
4	<p>A keni qenë në Gjermani i paaftë për punë ose a keni përfituar shërbime rehabilituese, të cilat nuk janë përfshirë në historikun e sigurimit?</p> <p>Periudhat (Ju lutemi bashkëlidhni dëshminë.)</p>	<p><input type="checkbox"/> jo/ nein <input type="checkbox"/> po / ja</p> <p>nga / vom deri / bis</p> <p>nga / vom deri / bis</p>	<p>Waren Sie in Deutschland arbeitsunfähig oder haben Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>
5	<p>A keni qenë në Gjermani i regjistruar si i papunë dhe a është e përfshirë kjo periudhë në historikun e sigurimit?</p> <p>Periudhat (Ju lutemi bashkëlidhni dëshminë.)</p>	<p><input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja</p> <p>nga / vom deri/ bis</p> <p>nga / vom deri / bis</p>	<p>Waren Sie in Deutschland arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>
6	<p>Pas mbushjes së moshës 17-vjeçare, a keni përfunduar ndonjë shkollë, shkollë profesionale, shkollë të lartë profesionale apo universitet në Gjermani, Shqipëri ose në ndonjë shtet tjetër dhe kjo periudhë nuk është përfshirë në historikun e sigurimit?</p> <p>Periudhat (Ju lutemi bashkëlidhni dëshminë.)</p>	<p><input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja</p> <p>nga / vom deri / bis</p> <p>nga / vom deri / bis</p>	<p>Haben Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung in Deutschland, Albanien oder einem anderen Staat absolviert und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>

7	<p>Ndërmjet moshës 17 dhe 25 vjeçare, a keni qenë të paktën një muaj kalendarik në Gjermani, Shqipëri ose në ndonjë shtet tjetër i sëmurë dhe kjo periudhë nuk është përfshirë në historikun e sigurimit?</p> <p>Periudhat (Ju lutemi bashkëlidhni dëshminë.)</p>	<p><input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja</p> <table border="1"> <tr> <td>nga / vom</td> <td>deri / bis</td> </tr> <tr> <td>nga / vom</td> <td>deri / bis</td> </tr> </table>	nga / vom	deri / bis	nga / vom	deri / bis	<p>Waren Sie zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat in Deutschland, in Albanien oder einem anderen Staat krank und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>
nga / vom	deri / bis						
nga / vom	deri / bis						
8	<p>Pas mbushjes së moshës 16 vjeçare, a keni jetuar në ndonjë nga vendet e mëposhtme: Australi, Danimarkë, Finlandë, Islandë, Izrael, Kanada / Quebec, Lihtenshtajn, Norvegji, Suedi, Zvicër ose pas moshës 15 vjeçare në Hollandë?</p>	<p><input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja</p>	<p>Haben Sie nach Vollendung des 16. Lebensjahres in einem der folgenden Länder gewohnt: Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada/Québec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, der Schweiz oder nach dem 15. Lebensjahr in den Niederlanden?</p>				
Periudha	nga / vom	deri / bis	Shteti / Staat	Zeitraum			
	Institucioni i sigurimit / Versicherungsträger		Numri i sigurimit / Versicherungsnummer				
Periudha	nga / vom	deri / bis	Shteti / Staat	Zeitraum			
	Institucioni i sigurimit / Versicherungsträger		Numri i sigurimit / Versicherungsnummer				
9	<p>A keni qenë i/(e) punësuar jashtë Gjermanisë? Nëse po, ju lutem jepni hollësi të tjera. Duhet përcaktuar gjithashtu edhe periudhat në sistemet (skemat) e veçanta (p.sh. për nëpunësit, stafin e BE-së, të vetëpunësuarit, fermerët).</p>	<p><input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja</p>	<p>Waren Sie auch außerhalb Deutschlands erwerbstätig? Falls ja, bitte weitere Angaben machen. Anzugeben sind auch Zeiten in Sonder-systemen (z. B. für Beamte, EU-Bedienstete, Selbständige, Landwirte).</p>				
Periudha	nga / vom	deri / bis	Shteti / Staat	Zeitraum			
	Institucioni i sigurimit / Versicherungsträger		Numri i sigurimit / Versicherungsnummer				
Periudha	nga / vom	deri / bis	Shteti / Staat	Zeitraum			
	Institucioni i sigurimit / Versicherungsträger		Numri i sigurimit / Versicherungsnummer				
Periudha	nga / vom	deri / bis	Shteti / Staat	Zeitraum			
	Institucioni i sigurimit / Versicherungsträger		Numri i sigurimit / Versicherungsnummer				
Periudha	nga / vom	deri / bis	Shteti / Staat	Zeitraum			
	Institucioni i sigurimit / Versicherungsträger		Numri i sigurimit / Versicherungsnummer				
Periudha	nga / vom	deri / bis	Shteti / Staat	Zeitraum			
	Institucioni i sigurimit / Versicherungsträger		Numri i sigurimit / Versicherungsnummer				

G Peridhat e kujdesit të fëmijëve (nëse nuk janë njoftuar më parë).
 (Për kujdesjen (rritjen) në Gjermani të fëmijëve, janë të nevojshme më shumë detaje. Institucioni Gjerman do të dërgojë formularët e duhur.)

Zeiten der Kindererziehung, soweit nicht bereits früher beantragt
 (Bei Erziehung in Deutschland werden weitere Angaben notwendig. Der deutsche Träger übersendet die entsprechenden Formulare.)

Janë rritur fëmijët e mëposhtëm:		Folgende Kinder wurden erzogen:	
1	Mbiemri i fëmijës	Nachname des Kindes	
	Emri (emrat) (Lutemi nënvizoni emrin më të përdorur.)	Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)	
	Datëlindja (Lutemi bashkëlidhni certifikatën e lindjes ose konfirmojeni në pjesën "J".)	Dita Tag	Muaji Monat
	Vendlindja (Qyteti) (Rrethi, Qarku, Shteti)	Viti Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen.)
	A keni qenë e punësuar gjatë shtatzanisë dhe a duhej të ndërprisnit marrëdhënien e punës për shkak të barrëlindjes?	<input type="checkbox"/> jo / nein	<input type="checkbox"/> po / ja
	Që nga lindja deri në moshën 10 vjeçe, unë kryesisht kam rritur fëmijën.	<input type="checkbox"/> jo / nein	<input type="checkbox"/> po / ja
	Në shtetet e mëposhtme / In folgenden Staaten	nga / vom	
		Dita Tag	Muaji Monat
		Viti Jahr	deri / bis
		Dita Tag	Muaji Monat
		Viti Jahr	Viti Jahr
2	Mbiemri i fëmijës	Nachname des Kindes	
	Emri (emrat) (Lutemi nënvizoni emrin më të përdorur.)	Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)	
	Datëlindja (Lutemi bashkëlidhni certifikatën e lindjes ose konfirmojeni në pjesën "J".)	Dita Tag	Muaji Monat
	Vendlindja (Qyteti) (Rrethi, Qarku, Shteti)	Viti Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen.)
	A keni qenë e punësuar gjatë shtatzanisë dhe a duhej të ndërprisnit marrëdhënien e punës për shkak të barrëlindjes?	<input type="checkbox"/> jo / nein	<input type="checkbox"/> po / ja
	Që nga lindja deri në moshën 10 vjeçe, unë kryesisht kam rritur fëmijën.	<input type="checkbox"/> jo / nein	<input type="checkbox"/> po / ja
	Në shtetet e mëposhtme / In folgenden Staaten	nga / vom	
		Dita Tag	Muaji Monat
		Viti Jahr	deri / bis
		Dita Tag	Muaji Monat
		Viti Jahr	Viti Jahr

3	Mbiemri i fëmijës		Nachname des Kindes												
	Emri (emrat) (Lutemi nënvizoni emrin më të përdorur.)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)												
	Datëlindja (Ju lutemi bashkëlidhni certifikatën e lindjes ose konfirmojeni në pjesën "J".)	<table border="1"> <tr> <td>Dita Tag</td> <td>Muaji Monat</td> <td>Viti Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr				Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen.)						
Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr													
	Vendlindja (Qyteti) (Rrethi, Qarku, Shteti)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)												
	A keni qenë e punësuar gjatë shtatzanisë dhe a duhej të ndërprisnit marrëdhënien e punës për shkak të barrëlindjes?	<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja nga / vom deri / bis	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?												
	Jam marrë me rritjen e fëmijës, që nga lindja derisa mbushi moshën 10 vjeçare.	<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja	Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.												
	Në shtetet e mëposhtme / In folgenden Staaten	nga / vom	deri / bis												
		<table border="1"> <tr> <td>Dita Tag</td> <td>Muaji Monat</td> <td>Viti Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr				<table border="1"> <tr> <td>Dita Tag</td> <td>Muaji Monat</td> <td>Viti Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr			
Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr													
Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr													
		<table border="1"> <tr> <td>Dita Tag</td> <td>Muaji Monat</td> <td>Viti Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr				<table border="1"> <tr> <td>Dita Tag</td> <td>Muaji Monat</td> <td>Viti Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr			
Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr													
Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr													
4	A është kërkuar nga fondi i pensioneve njohja e periudhave për rritjen e këtyre fëmijëve nga ndonjë person tjetër? Nëse po , ju lutem specifikoni: - Mbiemri, Emri - Numri Gjerman i Sigurimeve ose Datëlindja	<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja <table border="1"> <tr> <td>Dita Tag</td> <td>Muaji Monat</td> <td>Viti Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr				Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt? Falls ja , bitte angeben: – Nachname, Vorname – Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum						
Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr													
5	A keni paguar ju, bashkëshorti juaj apo partneri juaj në një bashkëjetesë të regjistruar, direkt përpara ose pas periudhës së rritjes së fëmijës, kontribute të detyrueshme në fondin gjerman të pensioneve për një punësim/aktivitet jashtë Gjermanisë?	<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja	Haben Sie, Ihr Ehegatte oder Ihr Eingetragener Lebenspartner unmittelbar vor oder während der Erziehungszeit für eine Beschäftigung/Tätigkeit außerhalb Deutschlands Pflichtbeiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?												

H Informacione të mëtejshme mbi pretendime të tjera

Weitere Angaben zu sonstigen Ansprüchen

1	A keni aplikuar ju tashmë për një pension shqiptar apo të huaj, a do ta merrni ose e keni marrë një të tillë? Nëse po , ju lutemi specifikoni: - Kohën e marrjes - Llojin e pensionit - Institucionin e sigurimit (Emri dhe adresa) - Numrin e sigurimit ose atë të dosjes	<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja nga / vom deri / bis	Haben Sie bereits eine albanische oder eine andere ausländische Rente beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen? Falls ja , bitte angeben: – Zeit des Bezuges – Art der Rente – Versicherungsträger (Name und Anschrift) – Versicherungsnummer oder Aktenzeichen
---	--	--	---

2	<p>A keni aplikuar për pension familjar nga fondi gjerman i pensioneve, a do të merret ose është marrë një i tillë?</p> <p>Nëse po, ju lutemi specifikoni: - Mbiemrin dhe emrin e bashkëshortit të vdekur</p> <p>- Datën e vdekjes</p> <p>- Institucionin e sigurimit</p> <p>- Numrin e sigurimit ose datëlindjen e partnerit të vdekur</p>	<p><input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Dita Tag</td> <td style="width: 25%;">Muaji Monat</td> <td style="width: 25%;">Viti Jahr</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Dita Tag</td> <td style="width: 25%;">Muaji Monat</td> <td style="width: 25%;">Viti Jahr</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr						Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr						<p>Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der deutschen Rentenversicherung beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>– Nachname und Vorname des verstorbenen Ehegatten</p> <p>– Sterbedatum</p> <p>– Versicherungsträger</p> <p>– Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Partners</p>
Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr																	
Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr																	
3	<p>A keni aplikuar për përfitim nga fondi shqiptar, gjerman ose ndonjë fond i huaj i sigurimeve në aksidente? A do të përfitohet një pension invaliditeti për shkak të aksidentit në punë apo është paguar për këtë një kompensim (i njëhershëm)?</p> <p>Nëse po, ju lutemi specifikoni: - Institucionin e sigurimit dhe shtetin</p> <p>(Emri dhe adresa)</p> <p>- Numrin e dosjes</p>	<p><input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja</p>	<p>Haben Sie eine Leistung aus der albanischen, deutschen oder einer anderen ausländischen Unfallversicherung beantragt oder wird eine Unfallrente bezogen oder wurde hierfür eine Abfindung gewährt?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>– Versicherungsträger und Staat (Name und Anschrift)</p> <p>– Aktenzeichen</p>																
4	<p>Ju si aplikues, a jeni i siguruar nga sigurimet shëndetësore?</p> <p>(Ju lutemi bashkëlidhni dëshminë.)</p>	<p><input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja</p>	<p>Sind Sie als Antragsteller krankenversichert?</p> <p>(Bitte Nachweis beifügen.)</p>																

I Deklarim

Erklärung

Unë garantoj që të gjitha pyetjeve në këtë aplikim u jam përgjigjur me ndërgjegje. Unë jam i/(e) vetëdijshëm/(e) se në rast informacionesh të rreme të dhëna me vetëdije, unë mund të ndiqem penalisht nga autoritetet e Republikës Federale Gjermane.

Unë angazhohem që pas bërjes së kërkesës dhe miratimit të pensionit, t'i bëj me dije me shkrim institucionit të sigurimit çdo ndryshim të rrethanave që ndikojnë pagesën ose vetë kërkesën dhe t'i kthej institucionit të sigurimit të gjitha shumat e mbipaguara.

Unë jam i vetëdijshëm se Instituti i Sigurimeve Shoqërore ka të drejtë t'i lëshojë institucionit kompetent gjerman të pensioneve çdo informacion në lidhje me shtetësinë, pashtetësinë ose statusin e refugjatit, historikun e sigurimit shqiptar, të drejtën për pension dhe shumën e pensionit, të cilat janë të përfshira në dosje. Kur është e nevojshme për pensionin e kërkuar, Instituti i Sigurimeve Shoqërore gjithashtu ka të drejtë të marrë raportet mjekësore nga mjekët dhe spitalet, për t'ja përcjellë institucionit përkatës gjerman të sigurimit të pensioneve.

Unë jam dakord, që të gjitha dokumentet dhe dëshmitë e paraqitura në lidhje me kërkesën ose të cilat janë të nevojshme për të marrë një vendim lidhur me këtë kërkesë, Instituti të Sigurimeve Shoqërore ti vihen në dispozicion institucionit kompetent gjerman të sigurimeve të pensionit dhe anasjelltas, në mënyrë që të merret vendimi mbi të drejtën e përfitimit.

Kur është e nevojshme për pensionin e kërkuar, **unë jam dakord**, që të gjitha raportet ose konstatimet e

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei wissentlich falschen Angaben durch die Behörden der Bundesrepublik Deutschland strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ich verpflichte mich, dem Versicherungsträger nach Antragstellung und Bewilligung der Rente unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Versicherungsträger zurückzuzahlen.

Mir ist bekannt, dass das Institut der Sozialversicherung dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, den albanischen Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rente sowie dessen Höhe erteilen darf, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Rente erforderlich, **darf** das Institut der Sozialversicherung zudem ärztliche Berichte von Ärzten und Krankenhäusern für den zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger beschaffen.

Ich bin damit einverstanden, dass alle vorgelegten Unterlagen und Beweismittel, die sich auf diesen Antrag beziehen oder die nach einer Entscheidung über diesen Antrag erforderlich werden, von dem Institut der Sozialversicherung dem zuständigen deutschen Versicherungsträger und umgekehrt zur Verfügung gestellt werden können, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.

Soweit für die beantragte Rente erforderlich, **bin ich damit einverstanden**, dass alle ärztlichen Gutachten oder

sëmundjeve, të cilat paraqiten për kërkesën, janë në dosje ose hartohen gjatë procesit të daljes në pension, të shqyrtohen dhe vlerësohen nga institucioni kompetent gjerman i sigurimit të pensionit ose nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore. Gjithashtu, unë jam dakord, që mjekët, psikologët dhe institucionet që më ndjekin, t'i japin këtij institucioni sigurimi të gjitha informacionet e nevojshme mbi gjendjen time shëndetësore. Këtu përfshihet edhe dërgimi i dokumenteve mjekësore të mëparshme si dhe atyre të hartuara gjatë procesit të daljes në pension.

Krankheitsbefunde, die zum Antrag vorgelegt werden, in den Akten enthalten sind oder während des Rentenverfahrens erstellt werden, von dem zuständigen deutschen Versicherungsträger oder dem Institut der Sozialversicherung eingesehen und verwertet werden können. Ich bin ferner damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte, Psychologen und Einrichtungen diesen Versicherungsträgern jede erforderliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilen. Dies schließt auch die Übersendung von dort vorliegenden oder während des Rentenverfahrens erstellten medizinischen Unterlagen ein.

Nënshkrimi i kërkuesit / Unterschrift des Antragstellers

Data / Datum

Nënshkrimi / Unterschrift

Nëse aplikoni për **pension invaliditeti**, ju lutemi plotësoni edhe pjesën "K"!

Bei Antrag auf **Rente wegen Erwerbsminderung** bitte auch Teil K ausfüllen!



J Konfirmuar nga: Instituti i Sigurimeve Shoqërore

Bestätigung durch das Institut der Sozialversicherung

Data e aplikimit në përputhje me nenin 17 paragrafi (1) të Marrëveshjes	Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr	Tag der Antragstellung nach Artikel 17 Absatz 1 des Abkommens	
Të dhënat personale të kërkuesve të pensionit (mbiemri, emri, data e lindjes dhe shtetësia), konfirmohen nëpërmjet: - pasaportës së vlefshme/kartës së identitetit - dëshmi të tjera (ju lutemi specifikojini)	<input type="checkbox"/> jo / nein	<input type="checkbox"/> po / ja	<input type="checkbox"/> jo / nein	<input type="checkbox"/> po / ja	Die Angaben zur Person des Renten-antragstellers (Nachname, Vorname, Geburtsdatum, sowie die Staatsangehörigkeit) werden bestätigt durch: - gültigen Reisepass/Personalausweis - sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)
Të dhënat mbi fëmijët në pjesën G (mbiemri, emri, data e lindjes) vërtetohen nga certifikatat e paraqitura.	<input type="checkbox"/> jo / nein	<input type="checkbox"/> po / ja	Die Angaben zu den Kindern in Teil G (Nachname, Vornamen, Geburtsdatum) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.		
Data	Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr	Datum	
Nënshkrimi				Unterschrift	
Vula e Institutit të Sigurimeve Shoqërore				Stempel des Instituts der Sozialversicherung	

K Të dhëna mbi invaliditetin

Ju lutemi plotësoni vetëm nëse aplikohet për pension invaliditeti.

Nëse dispononi dokumente aktuale mjekësore / raporte spitali, ju lutemi bashkëlidhni një kopje.

Angaben zur Erwerbsminderung

Bitte nur auszufüllen, wenn Rente wegen Erwerbsminderung beantragt wird.

Sollten Sie über aktuelle ärztliche Unterlagen/Krankenhausberichte verfügen, legen Sie diese bitte in Kopie bei.

1 A jeni aktualisht i/(e) paaftë për punë për shkak sëmundje? Nëse po, që nga cila datë	<input type="checkbox"/> jo / nein	<input type="checkbox"/> po / ja	Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank? Falls ja, seit wann?
	Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr

2	Që nga cila datë konsideroheni si invalid?		Dita Tag		Muaji Monat		Viti Jahr		Seit wann halten Sie sich für erwerbsgemindert?	
3	Që nga kjo datë, a keni marrë pension invaliditeti: - punësimi (përfshirë pensionin e parakoshëm nga punëdhënësi) të ardhurat mujore bruto (Ju lutemi të bashkëlidhni vërtetimin e punëdhënësit.)	<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja							Haben Sie ab diesem Zeitpunkt Erwerbseinkommen bezogen aus - abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgeld vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen.)	
	- vetëpunësimi (ndërmarrje, vetëpunësim, bujqësi dhe pylltari) fitimi i tatueshëm mujor i parashikuar (Ju lutemi bashkëlidhni deklaratën e fundit tatimore ose vërtetimin nga eksperti kontabël.)	<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja							- selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, Selbständige Arbeit; Land- und Forstwirtschaft) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuererklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen.)	
4	Që nga kjo datë, a keni marrë të ardhura afatshkurtra zëvendësuese, nga - përfitime paaftësie për shkak të sëmundjes, aksidentit, sëmundjes profesionale, etj. - lloji i përfitimit - Periudha e përfitimit Shuma e të ardhurave mujore bruto, për efekt të llogaritjes së përfitimit Baza e llogaritjes (Ju lutemi bashkëlidhni dëshminë.) - përfitime nga statusi i papunësisë, kompensime për punë me orar të reduktuar ose për shkak të ndërprerjes së punës nga kushtet atmosferike. - përfitimi nga leja e barrëindjes lloji i përfitimit Periudha e përfitimit Shuma e të ardhurave mujore bruto, për efekt të llogaritjes së përfitimit Baza e llogaritjes (Ju lutemi bashkëlidhni dëshminë.)	<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja		<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja		<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja		<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja		Haben Sie ab diesem Zeitpunkt kurzfristiges Erwerbsersatzekommen bezogen aus - gesetzlicher Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfalls, Berufskrankheit usw. Art der Leistung Bezugszeitraum Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - Bemessungsgrundlage (Bitte Nachweis beifügen.) - gesetzlicher Leistung wegen Arbeitslosigkeit, Kurzarbeitergeld, witterungsbedingten Arbeitsausfalls - gesetzlicher Leistung wegen Mutterschaft Art der Leistung Bezugszeitraum Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - Bemessungsgrundlage (Bitte Nachweis beifügen.)
		nga / vom		deri / bis						
		nga / vom		deri / bis						
5	Për çfarë problemesh shëndetësore e konsideroni veten invalid? (Ju lutemi bashkëlidhni raportet tuaja mjekësore dhe dokumente.)								Wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert? (Bitte fügen Sie ihre ärztlichen Befunde und Unterlagen bei.)	
6	Çfarë punësh mund të bëni ju për mendimin tuaj akoma? Në periudhën kohore?								Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten? In welchem zeitlichen Umfang?	
		nga / vom		deri / bis						
7	A keni përfunduar me sukses ndonjë trajnim profesional, rikualifikim, kualifikim shtesë ose a keni qenë në marrëdhënie pune si ndihmës jo profesionist? Fillimi dhe mbarimi Profesioni i aftësuar apo i mësuar (Ju lutemi bashkëlidhni dëshmi.)	<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja		<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja		<input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja		Haben Sie erfolgreich eine Berufsausbildung, Umschulung, weitere Qualifizierung absolviert oder bestand ein Anlernverhältnis? Beginn und Ende erlernter oder angelernter Beruf (Bitte Nachweis beifügen.)		
		nga / vom		deri / bis						

8	<p>Çrregullimi i shëndetit është shkaktuar nga një sëmundje profesionale, aksident ose nga një person tjetër?</p> <p>Nëse po, ju lutemi specifikoni: - shkakun</p> <p>- ditën e aksidentit</p> <p>Nëse aksidenti është shkaktuar nga ndonjë person tjetër, ju lutemi shënoni emrin dhe adresën e personit që ju ka dëmtuar.</p> <p>A keni përfituar të drejtën për dëmshpërblim?</p> <p>Nëse po, kundër kujt? (Ju lutemi jepni emrin dhe adresën.)</p>	<p><input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja</p> <table border="1" data-bbox="694 257 1013 347"> <tr> <td>Dita Tag</td> <td>Muaji Monat</td> <td>Viti Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja</p>	Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr				<p>Ist die Gesundheitsstörung durch eine Berufskrankheit, einen Unfall oder eine andere Person verursacht worden?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>– die Ursache</p> <p>– den Tag des Unfalls</p> <p>Falls der Unfall durch eine andere Person verursacht wurde, bitte Name und Anschrift des Schädigers angeben.</p> <p>Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht?</p> <p>Falls ja, gegen wen? (Bitte Name und Anschrift angeben.)</p>
Dita Tag	Muaji Monat	Viti Jahr							
9	<p>A keni qenë në kohët e fundit në trajtim mjekësor ambulator ose a keni kryer në vitet e fundit ekzaminime mjekësore? (Ju lutemi bashkëlidhni dokumentet mjekësore.)</p> <p>Nëse po, ju lutemi specifikoni: - Emrin dhe adresën e mjekut</p> <p>- llojin e vuajtjes (sëmundjes)</p> <p>- Fillimin dhe mbarimin e trajtimit</p>	<p><input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja</p> <p>nga / vom deri / bis</p>	<p>Waren Sie in der letzten Zeit in ambulanter ärztlicher Behandlung oder wurden in den letzten Jahren ärztliche Untersuchungen veranlasst? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei.)</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>– Name und Anschrift des Arztes</p> <p>– Art der Leiden</p> <p>– Beginn und Ende der Behandlung</p>						
10	<p>A keni qenë në 3 vitet e fundit i shtruar në spital? (Ju lutemi bashkëlidhni dokumentet mjekësore.)</p> <p>Nëse po, ju lutemi specifikoni: - Emrin dhe adresën e spitalit</p> <p>- llojin e vuajtjes (sëmundjes)</p> <p>- Fillimin dhe mbarimin e trajtimit</p>	<p><input type="checkbox"/> jo / nein <input type="checkbox"/> po / ja</p> <p>nga / vom deri / bis</p>	<p>Waren Sie in den letzten 3 Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei.)</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>– Name und Anschrift des Krankenhauses</p> <p>– Art der Leiden</p> <p>– Beginn und Ende der Behandlung</p>						



34105 Kassel

Telefon: +49 561 928 0 oder +49 561 9359 0

Telefax: +49 561 9359-217

Email: poststelle@svlfg.de

Shtojcë / ANLAGE

Kërkesë për pensionin e të siguruarit
 Sigurimi i Pensioneve të Pleqërisë për Fermerët.

Antrag auf Versichertenrente
 aus der Alterssicherung der Landwirte (AdL)

Ju lutemi plotësojeni këtë SHTOJCË vetëm nëse keni derdhur kontributet në Gjermani si bujk i vetëpunësuar ose si bashkëshort/(e) i (e) një bujku të vetëpunësuar pranë Fondit të Sigurimeve të Pensioneve të Pleqërisë për Fermerët. (LAK)

Bitte diese ANLAGE nur ausfüllen, wenn Sie als selbständiger Landwirt oder als Ehegatte eines selbständigen Landwirts in Deutschland Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) gezahlt haben.

A Të dhënat personale

Angaben zur Person

1	Numri i identifikimit	2	2	1	/												Identifikationsnummer
2	Të dhënat mbi bashkëshortin/(en) e kërkuarit															Angaben zum Ehegatten des Antragstellers	
3	Mbiemri																Nachname
4	Emri																Vorname
5	Datëlindja																Geburtsdatum
6	Vendlindja																Geburtsort
7	Shtetësia																Staatsangehörigkeit
8	(nëse është rasti) Data e vdekjes																ggf. Sterbedatum

B Të dhënat mbi kontributet

Angaben zur Beitragszahlung

1	A keni derdhur ju ose bashkëshorti juaj kontribute pranë Fondit të Sigurimeve të Pensioneve të Pleqërisë për Fermerët. (LAK)?	Kërkuar / Antragsteller	Haben Sie oder Ihr Ehegatte Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) gezahlt?
		<input type="checkbox"/> jo nein <input type="checkbox"/> po, pranë: ja, und zwar zur:	
	Emri i Fondit të Sigurimeve të Pensioneve të Pleqërisë për Fermerët. (LAK)		Name der LAK
	Numri i dosjes		Aktenzeichen
		Bashkëshortja / Ehegatte	
		<input type="checkbox"/> jo nein <input type="checkbox"/> po, pranë: ja, und zwar zur:	
	Emri i Fondit të Sigurimeve të Pensioneve të Pleqërisë për Fermerët. (LAK)		Name der LAK
	Numri i dosjes		Aktenzeichen

