

**U.S.A. – GERMAN AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY
U.S.A./D SOZIALVERSICHERUNGSABKOMMEN
TRANSMITTAL/REQUEST/CERTIFICATION
ÜBERMITTLUNG/ANFRAGE/BESCHEINIGUNG**

DATE OF ORIGINAL (MONTH/DAY/YEAR) DATUM DER ERSTANFRAGE (MONAT/TAG/JAHR) (/ /)	DATE(S) OF FOLLOWUP(S) (MONTH/DAY/YEAR) DATUM DER FOLGEANFRAGEN (MONAT/TAG/JAHR)	
	1. (/ /) 2. (/ /)	3. (/ /) 4. (/ /)

TO/AN: <input type="checkbox"/> DRV Bund <input type="checkbox"/> DRV Nord <input type="checkbox"/> DRV Knappschaft-Bahn-See	FROM/VON: <input type="checkbox"/> Social Security Administration Division of International Operations P.O. Box 17769 Baltimore, MD 21235-7769 USA (Module's fax number) <input type="checkbox"/> U.S. Consulate, Frankfurt Auslandersvertretung der USA
---	---

1. INFORMATION ABOUT THE CLAIM/EINZELHEITEN BEZÜGLICH DES ANSPRUCHS

a) Name of Worker Vor-und Zuname des Versicherten	→	First Name(s)/Vorname(n)	Last Name/Zuname
b) Full Name at Birth Geburtsname			
c) U.S. Social Security Number U.S. – Sozialversicherungsnummer	_ _ _ / _ _ / _ _ _ _ _		
d) German Insurance Number Deutsche Versicherungsnummer Bkz (nur Bfa)	_ _ / _ _ _ _ _ _ / _ / _ _ _		
e) Father's Name Name des Vaters			
f) Mother's Name Name der Mutter (mit Geburtsname)			
g) Name of claimant/Name des Antragstellers			
h) Address of Claimant/Anschrift des Antragstellers			
i) Telephone Number/Telefonnummer			
j) Relationship to Worker Verwandschaftsverhältnis zum Versicherten			
k) Type of Benefits Claimed Art der Beantragten Leistung	U.S.	Germany/Deutschland	
Retirement Altersruhegeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Disability Rente Wegen Verminderter Erwerbsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Survivors Hinterbliebenenrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l) Date Claim Filed (Month/Day/Year) Tag der Antragstellung (Monat/Tag/Jahr)	/ /		

2. CERTIFICATION OF DATA/BESTÄTIGUNG DER PERSONALANGABEN

a) Date of Birth Geburtstag	Name Vor-und Zuname	Date (M/D/Y) Datum (M/T/J)	Verified Bestätigt	Place of Birth Geburtsort
Worker Versicherte(r)		/ /	<input type="checkbox"/>	
Widow(er)/Former Spouse Witwe(r)- Frühere(r) Ehegatte		/ /	<input type="checkbox"/>	
b) Date of Death/Todestag		/ /	<input type="checkbox"/>	
c) Date of Marriage Tag der Eheschliessung		/ /	<input type="checkbox"/>	
d) Date of Divorce Tag der Ehescheidung		/ /	<input type="checkbox"/>	
e) Sex of Worker Geschlecht des/der Versicherten	<input type="checkbox"/> Male/männlich <input type="checkbox"/> Female/weiblich			
f) Periods of Disability Zeiten der Erwerbsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Yes/Ja <input type="checkbox"/> No/Nein	FROM/von (Month/Year) (Monat/Jahr): / TO/bis (Month/Year) (Monat/Jahr) : /		
g) Citizenship Staatsangehörigkeit	Worker Versicherte(r)		Widow(er)/Former Spouse Witwe(r) - Frühere(r) Ehegatte	
h) Country of Residence Aufenthaltsland	Worker Versicherte(r)		Widow(er)/Former Spouse Witwe(r) - Frühere(r) Ehegatte	
i) Benefit Data Angaben zur Rentenleistung	Month Monat	Year Jahr	Amount Betrag	Type of Claim Art der Leistung
Worker Versicherte(r)			\$	<input type="checkbox"/> RET/ Altersruhegeld <input type="checkbox"/> DIB/Rente Wegen Verminderter Erwerbsfähigkeit
Widow(er)/Former Spouse Witwe(r) - Frühere(r)Ehegatte			\$	<input type="checkbox"/> RET/ Altersruhegeld <input type="checkbox"/> DIB/Rente Wegen Verminderter Erwerbsfähigkeit
j) <input type="checkbox"/> Worker Versicherte(r)	Medicare Part A <input type="checkbox"/> Yes/Ja <input type="checkbox"/> No/Nein Effective Date / /			
<input type="checkbox"/> Widow(er)/Former Spouse Witwe(r) - Frühere(r) Ehegatte	Medicare Part B <input type="checkbox"/> Yes/Ja <input type="checkbox"/> No/Nein Effective Date / /			

3. INFORMATION PROVIDED/VERMITTELTE ANGABEN

a) Application/Vordruck	<input type="checkbox"/>
b) Earnings Record/Versicherungsverlauf	<input type="checkbox"/>
c) Information Requested On (Month, Day, Year) Von Ihnen Angeforderte Angaben Datum (Monat, Tag, Jahr)	<input type="checkbox"/> / /
d) Medical Evidence For/Ärztliche Unterlagen Für: Name:	<input type="checkbox"/>
e) Military Service before 1957 not proven/Militärdienst vor 1957 nicht nachgewiesen	<input type="checkbox"/>
f) No death certificate in our records/Sterbeurkunde nicht vorhanden	<input type="checkbox"/>
g) Child(ren)s Attachment/Zusatzformular Für Kinder	<input type="checkbox"/>
h) Other – See Remarks/Sonstiges-siehe unter Bemerkungen	<input type="checkbox"/>

4. INFORMATION NEEDED/BENÖTIGTE ANGABEN

A claim for benefits under the U.S.– German Social Security Agreement has been filed on the Social Security number shown above. The information identified below is needed by the U.S.A. to process the claim.

Es wurde ein Antrag auf eine amerikanische Rentenleistung gestellt. Die nachstehend gewünschten Informationen werden für die Bearbeitung dieses Antrages benötigt.

a) Form D/USA 4 For:/Vordruck D/USA 4 Für:	<input type="checkbox"/>
b) Earnings Record/Versicherungsverlauf	<input type="checkbox"/>
c) Form USA/D 6A Attached/Vordruck USA/D 6A beigefügt	<input type="checkbox"/>
d) Status of our earlier request(s)/Stand Unserer Anfrage	<input type="checkbox"/>
e) Other – See Remarks/Sonstiges-siehe unter Bemerkungen	<input type="checkbox"/>

5. REMARKS/BEMERKUNGEN:

Signature/Unterschrift

Date/Datum:

Stamp/Stempel

