

B. Angaben über die Beschäftigung in Altersteilzeitarbeit		
1.	Name, Anschrift des Arbeitgebers _____ _____	
2.	Wird die Altersteilzeitarbeit im Blockmodell (jeweils eine Arbeits- und Freistellungsphase) ausgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3.	Das Arbeitsverhältnis der Altersteilzeitarbeit <input type="checkbox"/> wurde beendet mit dem Ablauf des _____ <input type="checkbox"/> besteht weiterhin fort.	
4.	Gewährt der Arbeitgeber den Aufstockungsbetrag zum Teilzeitarbeitsentgelt sowie die zusätzlichen Beiträge zur Rentenversicherung auch während des Bezuges von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld oder Krankentagegeld von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen? Wenn ja, ggf. bis wann _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
C. Angaben über den Anspruch auf Entgeltersatzleistungen		
1.	Die Leistungen nach § 10 Abs. 2 AtG werden beantragt für die Dauer des Bezuges von <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Versorgungskrankengeld <input type="checkbox"/> Verletztengeld <input type="checkbox"/> Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Krankentagegeld von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Besteht für die Zeit des Bezuges von Krankentagegeld eine Antragspflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI)? Wenn ja, für die Zeit vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.	Die unter Nr. 1 angekreuzte Leistung wird beansprucht ab _____ bis (voraussichtlich) zum _____ (ggf. bitte Leistungsbescheid vorlegen).	
3.	Die unter Nr. 1 angekreuzte Leistung wird/wurde beantragt bei _____ _____	
D. Angaben über den Bezug von Altersrente bzw. vergleichbaren Leistungen		
	Beziehen Sie - Altersrente (auch als Teilrente) - Knappschaftsausgleichsleistung - eine der Altersrente vergleichbare Leistung öffentlich-rechtlicher Art (z.B. eine ausländische Rente) - Leistungen einer Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung oder eines Versicherungsunternehmens, die den vorgenannten Bezügen vergleichbar sind, d.h. solche Leistungen, die bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters zur Altersversorgung gewährt werden, und zwar unabhängig von ihrer Höhe und der Form der Zahlung als Kapital oder Rente - Rente wegen voller Erwerbsminderung Haben Sie eine der vorgenannten Leistungen beantragt? Wenn ja, welche _____ ab _____ bei _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein