HOW TO APPLY FOR A CERTIFICATE OF COVERAGE UNDER THE GERMAN SOCIAL SECURITY SYSTEM

Under the terms of the German-American Agreement on Social Security, Americans who are self-employed in Germany (*e.g.*, Family Child Care Providers) should not continue to contribute to the American social security system. Instead, they should apply for a certificate of coverage under the German social security system, which will exempt them from having to pay American social security tax on their earnings from self-employment in Germany.

The German social security system differs from the American social security system in that those covered by the German social security system can decide whether or not to contribute to it. If they do not contribute to it, they will get nothing out of it. If they do make contributions, there is a mechanism for having those contributions transferred to the American system.

You will need to apply for a certificate of coverage for each year or part of a year in which you were self-employed in Germany. You apply by filling out two forms:

a. ***If you are a first time applicant***, fill out section B of the form that begins with the words "Bitte in Blockschrift ausfuellen" (Enclosure 1). A sample of how to fill out that form is at Enclosure 2. Also fill out Form SSA-4121-W GER (7-90) (Enclosure 3). A sample of how to fill out that form is at Enclosure 4.

b. ***If you have applied for a certificate of coverage before***, fill out section A of the form that begins with the words "Bitte in Blockschrift ausfuellen" and complete Form SSA-4121-W GER (7-90).

Fax the two completed forms to the "Bundesversicherungsanstalt fuer Angestellte" at the following German telephone number: 030-865-63848, or mail them via German post to the following address:

Deutsche Rentenversicherung - Bund
BKZ 5017
10704 Berlin

The BfA will issue a certificate of coverage similar to the sample at Enclosure 5 and mail it to the German address you place on your application form. You should apply early in the tax season (January or February) to ensure you receive your certificate of coverage in advance of the deadline for filing your American federal income tax return. Do not file your tax return until you receive the certificate of coverage. Attach the certificate to the back of your return and write the word "exempt" on an otherwise blank Schedule SE. Move the figures from line 3 of Schedule C-EZ or line 31 of Schedule C directly to line 12 of Form 1040, and make no entries on lines 27 or 58 of Form 1040.

Bitte in Blockschrift ausfüllen

FILL IN ONLY IF A GERMAN SSN HAS BEEN ISSUED BEFORE

A Personalien des Versicherten (auch bei Witwen- und Waisenrenten)

Name	Geburtsname
Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort
Aktenzeichen der BfA	Rentenzeichen der BfA
Versicherungsnummer	BKZ

VK-Nr.

Die stark umrandeten Felder werden von der BfA ausgefüllt.

FIRST-TIME APPLICANTS

B Personalien des Versicherten (auch bei Witwen- und Waisenrenten)

Zutreffendes bitte ankreuzen X

(1) Name	(2) Vorname (Rufname)
(3) Geburtsname	(4) Frühere Namen — verw. ☐ gesch. ☐ adopt. ☐
(5) Geburtsdatum	(6) Geschlecht — ☐ männlich 1 ☐ weiblich 2 — (7) Staatsangehörigkeit
(8) Geburtsort	
(9) Art der Versicherung der gesetzlichen Rentenversicherung — ☐ Pflichtversicherter ☐ freiwillig Versicherter ☒ versicherungspflichtiger Selbständiger	

Anschrift

(10) Postleitzahl	Wohnort
(11) Straße und Hausnummer	

Angaben zur Versicherungsnummer

(12) Wurde bereits eine Versicherungsnummer von einer Landesversicherungsanstalt, von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, von der Knappschaft, von der Bahnversicherungsanstalt oder von der Seekasse vergeben?	☐ ja	Versicherungsnummer

X

Unterschrift/Datum

Das von Ihnen zurückgesandte Schreiben füge ich wieder bei.

Urschriftlich

Bundesversicherungsanstalt
für Angestellte

10704 Berlin

BKZ 5017
DEZERNAT 5010

1. Dezernat 99/AL 5000
zur Vergabe einer VSNR

2. zurück an Dezernat _____ mit KTSI/SWK

Unterschrift/Datum

ENCLOSURE 1

Bitte in Blockschrift ausfüllen

DIRECTIONS ON HOW TO FILL OUT APPLICATION
(FILL OUT IN BLOCK LETTERS)

FILL IN ONLY IF A GERMAN SSN HAS BEEN ISSUED BEFORE

A Personalien des Versicherten (auch bei Witwen- und Waisenrenten)

Name LAST NAME	Geburtsname MAIDEN NAME
Vorname FIRST NAME	
Geburtsdatum DOB	Geburtsort BIRTHPLACE
Aktenzeichen der BfA File Symbol of the BfA	Rentenzeichen der BfA Pension Symbol of the BfA
Versicherungsnummer German SSN	BKZ

VK-Nr.

Die stark umrandeten Felder werden von der BfA ausgefüllt.

FIRST-TIME APPLICANTS

B Personalien des Versicherten (auch bei Witwen- und Waisenrenten)

Zutreffendes bitte ankreuzen X

① Name LAST NAME	② Vorname (Rufname) FIRST NAME
③ Geburtsname MAIDEN NAME	④ Frühere Namen EARLIER NAMES — WIDOWED verw. DIV gesch. ADOPTED adopt.
⑤ Geburtsdatum DOB	⑥ Geschlecht SEX M 1 männlich F 2 weiblich — ⑦ Staatsangehörigkeit CITIZENSHIP
⑧ Geburtsort BIRTHPLACE	
⑨ Art der Versicherung der gesetzlichen Rentenversicherung	☐ Pflichtversicherter ☐ freiwillig Versicherter ☒ versicherungspflichtiger Selbständiger

Anschrift

⑩ Postleitzahl ZIP	Wohnort TOWN
⑪ Straße und Hausnummer STREET & HOUSE NUMBER	

MAILING ADDRESS

Angaben zur Versicherungsnummer

⑫ Wurde bereits eine Versicherungsnummer von einer Landesversicherungsanstalt, von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, von der Knappschaft, von der Bahnversicherungsanstalt oder von der Seekasse vergeben?	☐ ja	Versicherungsnummer

X SIGNATURE & DATE

Unterschrift/Datum

Das von Ihnen zurückgesandte Schreiben füge ich wieder bei.

Urschriftlich

Bundesversicherungsanstalt
für Angestellte

10704 Berlin

BKZ 5017
DEZERNAT 5010

1. Dezernat 99/AL 5000
zur Vergabe einer VSNR

2. zurück an Dezernat _____ mit KTSI/SWK

Unterschrift/Datum

ENCLOSURE 2

DEUTSCH-AMERIKANISCHES ABKOMMEN ÜBER SOZIALE SICHERHEIT
GERMAN-AMERICAN AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY

Versicherungsbescheinigung gemäß Artikel 6.1 des Abkommen
Certificate of Coverage Under Article 6.1 of the Agreement

ANGABEN ÜBER DEN ARBEITNEHMER — INFORMATION ABOUT THE WORKER

Vor- und Zuname — Full Name	B. Amerikanische Sozialversicherungsnummer U.S. Social Security Number
C. Staatsangehörigkeit — Citizenship	D. Ständige Anschrift — Permanent Address

2. ANGABEN ÜBER DEN ARBEITGEBER ODER DER SELBSTSTÄNDIGEN ERWERBSTÄTIGKEIT — INFORMATION ABOUT THE EMPLOYER OR SELF-EMPLOYMENT

A. Name des Arbeitgebers oder der selbstständigen Erwerbstätigkeit Name of Employer or Self-Employment Activity	B. Anschrift — Address

3. BESCHEINIGUNG — CERTIFICATION

Der oben erwähnte Arbeitnehmer erfüllt die Voraussetzungen des Artikel 6, Abs. 1 des Abkommens und unterliegt in Bezug auf die Alters-, Hinterbliebenen-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsversicherung

von _____ bis _____ lediglich den Gesetzen der Bundesrepublik Deutschland.

The above worker meets the conditions set forth in article 6.1 of the Agreement, and with respect to retirement, survivors and disability insurance, remains subject only to the laws of Germany

beginning _____ and _____ ending.

4. BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE BERLIN

A. Unterschrift — Signature	B. Datum — Date	C. Stempel — Stamp

Form SSA-4121-W GER (7-90)

ENCLOSURE 3

DIRECTIONS ON HOW TO FILL OUT FORM SSA-4121-W GER (7-90)
(fill out each block that has an X in it)

DEUTSCH-AMERIKANISCHES ABKOMMEN ÜBER SOZIALE SICHERHEIT
GERMAN-AMERICAN AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY

Versicherungsbescheinigung gemäß Artikel 6.1 des Abkommen
Certificate of Coverage Under Article 6.1 of the Agreement

1. ANGABEN ÜBER DEN ARBEITNEHMER — INFORMATION ABOUT THE WORKER

A. Vor- und Zuname — Full Name	B. Amerikanische Sozialversicherungsnummer U.S. Social Security Number
X	X
C. Staatsangehörigkeit — Citizenship	**D. Ständige Anschrift — Permanent Address**
X	X GOV'T QUARTERS OR ECONOMY ADDRESS

2. ANGABEN ÜBER DEN ARBEITGEBER ODER DER SELBSTSTÄNDIGEN ERWERBSTÄTIGKEIT — INFORMATION ABOUT THE EMPLOYER OR SELF-EMPLOYMENT

A. Name des Arbeitgebers oder der selbstständigen Erwerbstätigkeit Name of Employer or Self-Employment Activity	B. Anschrift — Address
X EXPLAIN TYPE OF self-Employment, e.g. DAYCARE PROVIDER	X ADDRESS WHERE SELF-EMPLOYMENT ACTIVITY TAKES PLACE

3. BESCHEINIGUNG — CERTIFICATION

Der oben erwähnte Arbeitnehmer erfüllt die Voraussetzungen des Artikel 6, Abs. 1 des Abkommens und unterliegt in Bezug au die Alters-, Hinterbliebenen-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsversicherung

von _____ bis _____ lediglich den Gesetzen der Bundesrepublik Deutschland.

The above worker meets the conditions set forth in article 6.1 of the Agreement, and with respect to retirement, survivors and disability insurance, remains subject only to the laws of Germany

X beginning FOR EXAMPLE: 01.01.97 and 31.12.97 ending.

4. BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE BERLIN

A. Unterschrift — Signature	B. Datum — Date	C. Stempel — Stamp

Form SSA-4121-W GER (7-90)

LEAVE BLANK

ENCLOSURE 4

SAMPLE OF A COMPLETED CERTIFICATE OF COVERAGE

Completed form

DEUTSCH-AMERIKANISCHES ABKOMMEN ÜBER SOZIALE SICHERHEIT
GERMAN-AMERICAN AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY

Versicherungsbescheinigung gemäß Artikel 6.1 des Abkommen
Certificate of Coverage Under Article 6.1 of the Agreement

to be submitted with US tax return

1. ANGABEN ÜBER DEN ARBEITNEHMER — INFORMATION ABOUT THE WORKER

A. Vor- und Zuname — Full Name	B. Amerikanische Sozialversicherungsnummer U.S. Social Security Number
Jane E Doe	123-45-6789
C. Staatsangehörigkeit — Citizenship	**D. Ständige Anschrift — Permanent Address**
amerikanisch	Platenstr. 2233, Apt. A-5 60431 Frankfurt

2. ANGABEN ÜBER DEN ARBEITGEBER ODER DER SELBSTSTÄNDIGEN ERWERBSTÄTIGKEIT — INFORMATION ABOUT THE EMPLOYER OR SELF-EMPLOYMENT

A. Name des Arbeitgebers oder der selbstständigen Erwerbstätigkeit Name of Employer or Self-Employment Activity	B. Anschrift — Address
Child Care	2.0.

3. BESCHEINIGUNG — CERTIFICATION

Der oben erwähnte Arbeitnehmer erfüllt die Voraussetzungen des Artikel 6, Abs. 1 des Abkommens und unterliegt in Bezug auf die Alters-, Hinterbliebenen-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsversicherung

von 12. Juli 1993 bis 31. Dez. 1993 lediglich den Gesetzen der Bundesrepublik Deutschland.

The above worker meets the conditions set forth in article 6.1 of the Agreement, and with respect to retirement, survivors and disability insurance, remains subject only to the laws of Germany

beginning 12. Juli 1993 and 31. Dez 1993 ending.

4. BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE BERLIN

A. Unterschrift — Signature	B. Datum — Date	C. Stempel — Stamp
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Swann	17.01.94	

Form SSA-4121-W GER (7-90)

ENCLOSURE 5