

Bürostühle und Schreibtische mit staatlicher Förderung

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung übernehmen die Kosten für rückengerechte Alltagshilfen, damit Sie auch nach einer Ihrer Erwerbsfähigkeit gefährdenden Erkrankung wieder weitgehend selbstständig und unabhängig leben und arbeiten können.

In diesem Rahmen bietet die Deutsche Rentenversicherung zahlreiche Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben an. **Diese Leistungen sind an bestimmte Voraussetzungen gebunden.** Hier können sie prüfen, ob Sie für diese Leistungen berechtigt sind und Sie erfahren, was Sie tun müssen, um diese Leistungen zu erhalten.

Was wird bezuschusst und wie hoch?

Gesundheitsfördernde Büromöbel – vor allem **Bürostühle** und **Sitz-Steh-Schreibtische**

Höhe des Zuschusses:

- bis 435,-- € inkl. MwSt. für einen ergonomischen sowie orthopädischen Bürodrehstuhl
- bis 800,-- € inkl. MwSt. für einen elektromotorisch höhenverstellbaren Sitz – Steh – Schreibtisch

Wer bezuschusst und welche Voraussetzung gelten?

Nachfolgend aufgeführte Kostenträger bezahlen entweder Zuschüsse oder erstatten die Gesamtkosten für Bürostühle und Schreibtische.

Die Deutsche Rentenversicherung (BfA)

- für Personen, die 15 Jahre Beitragszeiten nachweisen
- oder für Personen, bei denen die Arbeitshilfe als medizinische Leistung zur Rehabilitation notwendig ist (**ZIEL: Erhalt der Arbeitsfähigkeit**)

Die Berufsgenossenschaften

- nach Arbeits- oder Wegeunfall

Die Arbeitsagenturen

- für Versicherte mit weniger als 15 Beitragsjahren und ohne medizinische Rehabilitation. Bewilligt die Agentur für Arbeit Ihren Antrag auf Arbeitshilfsmittel und haben Sie vor nicht mehr als sechs Monaten an einer Reha teilgenommen, können Sie auch ohne 15 Jahre Beitrags-zahlung einen Antrag an die BfA stellen.

Das Integrationsamt

- für Beamte und Studenten

Verkauf und Lieferung erfolgt ausschließlich in Rahmen unserer allgemeinen Geschäftsbedingungen (Amtsgericht Geldern HRB 1884)

1

Wichtig: Der Antrag und die Bewilligung müssen vor dem Kauf erfolgen.

ANSONSTEN BESTEHT KEIN ANSPRUCH!

Das richtige Vorgehen – Schritt für Schritt

1. Wenn Sie einen Antrag stellen wollen, stehen unten die Antragsunterlagen für berufsfördernde Maßnahmen beim zuständigen Rentenversicherungsträger und füllen Sie sie aus.
2. Suchen Sie sich Ihre Wunschprodukte auf broecan.de aus. Unsere kompetenten Fachberater unterstützen Sie hierbei gerne.
3. Zusätzlich benötigen Sie ein ärztliches Attest oder den Entlassungsbericht aus der Reha. Aus der Bescheinigung sollte hervorgehen, dass Sie Ihren Beruf nur unter Verwendung eines entsprechenden Arbeitshilfsmittels weiter ausüben können. Wichtig ist, dass der Arzt die von Ihnen ausgewählten Produkte mit der genauen Artikelbezeichnung vorschlägt.
4. Weiter sollten Sie eine möglichst detaillierte Stellenbeschreibung Ihrem Antrag beilegen.
5. Holen Sie sich ein Angebot zu den vorgeschlagenen Produkten bei BROECAN ein. Wir wissen, was dort drin stehen muss und wir beraten Sie gerne.
6. Reichen Sie diese Unterlagen bei der BfA ein. Adresse finden Sie auf Ihren Renteninformationsbescheiden.

Die Rentenversicherung leitet Ihren Antrag zur Prüfung weiter an den Medizinischen Dienst. Deren Bescheid über Genehmigung oder Ablehnung leitet die Rentenversicherung dann an Sie weiter.

Bei einem positiven Bescheid kaufen sie die ausgewählten Produkte bei **BROECAN** und reichen die Rechnung bei der BfA ein, die dann die Kosten erstattet. Die Büromöbel gehören dann Ihnen, d.h., bei einem Arbeitsplatzwechsel können Sie diese mitnehmen.

Versicherungsnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Kennzeichen
(soweit bekannt)

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 Eingangsstempel
der Antrag aufnehmenden Stelle

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 Eingangsstempel
des Rentenversicherungsträgers

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

**Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte
- Rehabilitationsantrag**

G0100

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - und des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) - von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil (SGB I) - ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Hat die gesetzliche Krankenkasse, die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter **schriftlich** aufgefordert, diesen Antrag zu stellen?

| | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja, die Krankenkasse | Aufforderungsschreiben bitte in Kopie beifügen! |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | ja, die Agentur für Arbeit | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | ja, das Jobcenter | |

1 Beantragte Leistung

| | | |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 ff. SGB IX) <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant | Anlage (Formular G0110) bitte beifügen! |
| <input type="checkbox"/> | Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 ff. SGB IX) <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant <input type="checkbox"/> ambulantly <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlungen | Anlage (Formular G0110) bitte beifügen! |
| <input type="checkbox"/> | Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (§ 15 oder § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI) | Anlage (Formular G0110) bitte beifügen, sofern Sie keine Altersrente beziehen! |
| <input type="checkbox"/> | Medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (Präventionsleistungen - § 31 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI) | Anlage (Formular G0110) bitte beifügen! |
| <input type="checkbox"/> | Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation - § 16 SGB VI in Verbindung mit § 33 ff. SGB IX) | Anlage (Formular G0130) bitte beifügen! |
| <input type="checkbox"/> | Kraftfahrzeughilfe (§ 33 Absatz 8 Nummer 1 SGB IX) | Anlagen (Formulare G0140 und G0141) bitte beifügen! |
| <input type="checkbox"/> | Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind (§ 33 Absatz 8 Nummer 4 und 5 SGB IX) | Anlagen (Formular G0133 und gegebenenfalls G0134 oder G0136) bitte beifügen! |

| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
|---------------------|

| |
|---------------------------------|
| Kennzeichen (soweit bekannt) |
|---------------------------------|

2 Angaben zur Person

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| Name | | Vorname (Rufname) |
| Geburtsname | | frühere Namen |
| Geburtsdatum | Geschlecht | Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis) |
| | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | |
| Geburtsort (Kreis, Land) | | |
| Straße, Hausnummer | | telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) |
| Postleitzahl | Wohnort | |
| Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) | | |

3 Angaben zum Familienstand und Beruf

| | | | |
|---|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 3.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes) | | | |
| <input type="checkbox"/> 0 ledig | <input type="checkbox"/> 1 verheiratet | <input type="checkbox"/> 2 geschieden | <input type="checkbox"/> 3 verwitwet |
| 3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung) | | | |

4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

(bei Arbeitslosigkeit / Arbeitsunfähigkeit geben Sie bitte die letzte berufliche Stellung davor an)

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner) | <input type="checkbox"/> 1 Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student) | <input type="checkbox"/> 2 ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig) |
| <input type="checkbox"/> 3 angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig) | <input type="checkbox"/> 4 Facharbeiter | <input type="checkbox"/> 5 Meister, Polier |
| <input type="checkbox"/> 6 Angestellter | <input type="checkbox"/> 7 Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechtes | <input type="checkbox"/> 8 Selbständiger |

5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft) | <input type="checkbox"/> 1 Ganztagsarbeit ohne Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht | <input type="checkbox"/> 2 Ganztagsarbeit mit Wechselschicht / Akkord |
| <input type="checkbox"/> 3 Ganztagsarbeit mit Nachtschicht | <input type="checkbox"/> 4 Teilzeitarbeit, weniger als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit | <input type="checkbox"/> 5 Teilzeitarbeit, mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit |
| <input type="checkbox"/> 6 ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann | <input type="checkbox"/> 7 arbeitslos gemeldet | <input type="checkbox"/> 8 Heimarbeit |
| <input type="checkbox"/> 9 Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen | | |

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | |

6 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP)

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

0 nein 1 ja

7 Krankenkasse

| | | |
|--------------------------|-----------------------------|---------|
| Name | | |
| Straße, Hausnummer | | Telefon |
| Postleitzahl | Ort | |
| <input type="checkbox"/> | Gesetzliche Krankenkasse | |
| <input type="checkbox"/> | Private Krankenversicherung | |

8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

| | | | |
|--------------------|-----|---------|---------|
| Name | | Vorname | |
| Straße, Hausnummer | | | Telefon |
| Postleitzahl | Ort | | |

9 Beiträge zur Sozialversicherung

9.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

nein ja

9.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

Staat _____ von - bis _____

nein ja

9.3 Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?

nein ja, Formular G0105 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen) bitte beifügen!

10 Bezug von Arbeitslosengeld II

Beziehen oder bezogen Sie im laufenden Kalenderjahr Arbeitslosengeld II?

nein ja, bitte entsprechende Nachweise beifügen!

11 Beamteneigenschaft

Wird eine Beschäftigung ausgeübt, aus der nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

nein ja

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

12 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Name des Rentenversicherungsträgers

nein ja

13 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente

Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (zum Beispiel betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandsleistung, Anpassungsgeld, Knappschaftsausgleichsleistung)?

Art der Leistung

nein ja

14 Sonstige Angaben

14.1 Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden als

- Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls,
- Berufskrankheit,
- Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung,
- Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivillist,
- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,
- Verfolgtenleiden,
- Impfschaden?

Von welcher Stelle?

Aktenzeichen

nein ja

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

nein ja

14.2 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer Erwerbsfähigkeit** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein ja, Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Formular R0870) bitte beifügen.

Sind **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

am

bei welcher Stelle?

Aktenzeichen

nein ja

14.3 Haben Sie **in den letzten 4 Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?

Von welcher Stelle zuletzt?

Aktenzeichen

nein ja

von - bis

14.4 Haben Sie unmittelbar vor diesem Rehabilitationsantrag bereits bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Mutter- / Vater-Kind-Leistungen (Vorsorge oder Rehabilitation) gestellt beziehungsweise sind solche Leistungen zuvor verordnet worden? (Vorhandene Unterlagen bitte beifügen!)

am

Name der Krankenkasse

Aktenzeichen

nein ja

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | |

15 Antragstellung durch eine andere Person

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen!

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

| | |
|--|---|
| Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen) | |
| In der Eigenschaft als | |
| <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter | <input type="checkbox"/> Vormund |
| <input type="checkbox"/> Betreuer | <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter |
| Straße, Hausnummer | telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) |
| Postleitzahl | Wohnort |
| Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) | |
| für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Seite 7 Ziffer 21) | |
| Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten | |
| <input type="checkbox"/> ist beigefügt | <input type="checkbox"/> wird nachgereicht |

16 Bankverbindung

(die Angabe ist freiwillig, zugleich für eine Überweisung unverzichtbar)

| | |
|--|----------------------------|
| IBAN (International Bank Account Number) | BIC (Bank Identifier Code) |
| D E | |
| Geldinstitut (Name, Ort) | |
| Kontoinhaberin / Kontoinhaber | |

17 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

| |
|--|
| Sind Sie auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzen Sie behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)? |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Falls ja, ich bin angewiesen auf: |
| |

18 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten. Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | |

19 Dokumentenzugang per De-Mail

Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach.

Meine De-Mail-Adresse lautet: _____

Mit der Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.

20 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)

20.1 Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt, erhalten darf. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110, 111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) - beziehungsweise der §§ 116, 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) - die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

20.2 Information

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter oder Rehabilitationseinrichtungen) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 SGB X.

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten beziehungsweise Rehabilitationsaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder privater Krankenkassen.

20.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (zum Beispiel Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

| |
|-------------------------|
| Versicherungsnummer |
|-------------------------|

| |
|-------------------------------------|
| Kennzeichen (soweit bekannt) |
|-------------------------------------|

21 Unterschrift

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:

- der Antragstellerin / des Antragstellers

oder

- des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift

22 Angabe der gesetzlichen Krankenkasse

Sofern die Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe über die Krankenkasse erfolgt, benötigen wir das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und den AUD-Beleg G0120.

| | | |
|---|-----------------------------|-----------|
| 22.1 Name der Krankenkasse | Institutionskennzeichen | |
| 22.2 AUD-Beleg ist beigelegt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |
| Stempel der Krankenkasse, Unterschrift | | Datum |
| | | |

