



Kinder, für die Kindergeld gezahlt wird (Fortsetzung):		

### 3. Angaben zum Beruf / Stellung im Erwerbsleben

3.1 Vor der Schädigung ausgeübter Beruf / ausgeübte Tätigkeit (von (möglichst genaue Bezeichnung; erforderlichenfalls Zusatzblatt verwenden)	bis	)
3.2 Nach der Schädigung ausgeübter Beruf / ausgeübte Tätigkeit (von (möglichst genaue Bezeichnung; erforderlichenfalls Zusatzblatt verwenden)	bis	)
3.3 Berufswunsch		

### 4. Krankenkasse

Name und Anschrift der Krankenkasse	Versicherungsnummer		
Sind Sie familienversichert? Wenn ja, bitte Namen und Geburtsdatum des Mitgliedes angeben!			
Besteht z. Zt. Arbeitsunfähigkeit?	Ja	Nein	Wenn ja, seit wann?

### 5. Behandelnde Ärzte

Name, Anschrift, Fachrichtung 1.	Tel.-Nr.
Name, Anschrift, Fachrichtung 2.	Tel.-Nr.

### 6. Angaben zu Berufsgenossenschaft und Rentenversicherungsträger

6.1 Zuständige Berufsgenossenschaft:
6.2 Derzeitiger zuständiger Rentenversicherungsträger:
Haben Sie außer an Ihren derzeitigen Rentenversicherungsträger auch Beiträge an einen anderen Rentenversicherungsträger oder zur landwirtschaftlichen Altershilfe entrichtet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Wenn ja, zu welcher Stelle? (z. B. Bundesknappschaft, Seekasse, Bahnversicherungsanstalt)
von _____ bis _____

## 7. Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

7.1 Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.2 Beabsichtigen Sie, in den nächsten 6 Monaten Altersrente von wenigstens 2/3 der Vollrente zu beantragen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

## 9. Sonstige Angaben

9.1 Die Schädigung wurde von einer Außenstelle meiner Behörde anerkannt (Bitte Bescheid in Fotokopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9.2 Der Anerkennungsantrag wird unverzüglich / wurde bereits gestellt bei dem Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS) – Außenstelle _____ Geschäftszeichen _____
9.3 Die Gesundheitsstörung wurde vom Wehrbereichsgebührenamt anerkannt (Bitte Bescheid in Fotokopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9.4 Die Gesundheitsstörung wurde vom Bundesamt für Zivildienst anerkannt (Bitte Bescheid in Fotokopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9.5 Wodurch ist die Schädigung entstanden? <input type="checkbox"/> Dienstanfall <input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Krankheit, Sport)
9.6 Wurde die Schädigung durch ein Verschulden Dritter herbeigeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9.7 Polizeiliches / Staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja      wenn ja: Bitte Angabe von Polizeistation / Staatsanwaltschaft, Aktenzeichen:

## 10. Medizinische Leistungen

Hinweis: Im Rahmen der Zuständigkeitsklärung bzw. vor Entscheidung über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird auch geprüft, ob zunächst eine medizinische Leistung zur Rehabilitation (Heilbehandlung) erforderlich ist. Eine Weigerung, an einer für nötig erachteten Heilbehandlung teilzunehmen, kann zur Ablehnung des Antrages auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben führen.		
Sind Sie grundsätzlich bereit, an einer Heilbehandlung teilzunehmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 11. Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz

<p>Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist das Landessozialamt auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Deshalb ist in den §§ 60 bis 67 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I) die <b>Mitwirkungspflicht</b> der oder des Leistungsberechtigten gesetzlich geregelt.</p> <p>Wer Sozialleistungen beantragt, hat unter anderem alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem hat er auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z.B. Krankenkasse, behandelnde Ärzte, Arbeitgeber usw.) zuzustimmen. Ist die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, weil Sie nicht mitwirken, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht unter anderem nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.</p> <p>Die Rechtsgrundlagen der <b>Datenerhebung</b> finden sich in den §§ 69 SGB IX in Verbindung mit 67a Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X).</p> <p>Angaben, die das Landessozialamt von einer Ärztin/einem Arzt im Rahmen einer Begutachtung oder zur Ausstellung einer Bescheinigung erhält, dürfen im erforderlichen Umfang an andere Sozialleistungsträger (z.B. Deutsche Rentenversicherung) weitergegeben werden (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 – 3. Möglichkeit in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Sie können dieser Weitergabe widersprechen. <input type="checkbox"/> Ich widerspreche dieser Übermittlung.</p>
---

## 12. Entbindung von der Schweigepflicht

**Ich erkläre mich damit einverstanden**, dass das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie - Landessozialamt die Auskünfte und medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundscheine, Untersuchungsbefunde, Pflege- und Betreuungsgutachten) von den genannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Gesundheitsämtern, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie von privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherungsunternehmen - auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind - in dem Umfange bezieht, wie diese für die Feststellung der von mir geltend gemachte/n Gesundheitsstörung/en oder der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht beschränkt habe, auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen / Behandlungen.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte- stattgefunden haben, werde ich dem Landessozialamt unverzüglich mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

**Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses (ggf. ein gesondertes Blatt verwenden):**

\_\_\_\_\_

Insoweit entbinde ich die vom Landessozialamt ersuchten Ärztinnen/Ärzte, Krankenanstalten, andere Behandlungsstätten, Behörden und private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen von ihrer Schweigepflicht.

**Änderungen in den Verhältnissen**, insbesondere eine Veränderung der Funktionsbeeinträchtigung/en, des rechtmäßigen Aufenthalts, des Arbeitsverhältnisses als Grenzarbeitnehmer und des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag oder danach eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

*Vorstehende Erklärung ist ein höchst persönliches Recht und daher ausschließlich von der Antragstellerin / dem Antragsteller, der gesetzlichen Vertreterin / dem gesetzlichen Vertreter, der Betreuerin / dem Betreuer, **nicht aber von der / dem Bevollmächtigten** zu unterschreiben:*

.....  
(Datum)    Unterschrift    als  Antragsteller/in  Gesetzliche/r Vertreter/in  Betreuer/in

## 12. Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Gewährung von Leistungen ausschließen können. Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (z. B. Leistungen aus der gesetzlichen Renten-, Unfall- und Krankenversicherung, nach dem Dritten Buch des Sozialgesetzbuchs, nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch oder Bürgergeld, nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch usw.) dem zuständigen Rehabilitationsträger sofort mitzuteilen. Das Merkblatt habe ich erhalten.

## 14. Unterschrift

Ort	Datum	Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. des gesetzlichen Vertreters (bei Vertretung bitte Vollmacht beifügen)

# Zusatzfragebogen zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- Eigene Angaben zum schulischen und beruflichen Werdegang -

Name, Vorname –ggf. auch Geburtsname-	Geburtsort	Grad der Behinderung (GdB)
---------------------------------------	------------	----------------------------

## 1. Schulausbildung

1.1 Besuchte Schule:

	Schuljahre von/bis
<input type="checkbox"/> Förderschule	
<input type="checkbox"/> Hauptschule	
<input type="checkbox"/> Realschule (Mittelschule)	
<input type="checkbox"/> Gymnasium	
<input type="checkbox"/> Berufsfachschule	
<input type="checkbox"/> Berufsaufbauschule	
<input type="checkbox"/> Fachschule	
<input type="checkbox"/> Fachoberschule	
<input type="checkbox"/> Fachhochschule	
<input type="checkbox"/> Hochschule	
<input type="checkbox"/>	

1.2 Erreichte Schulabschlüsse bzw. Art der abgelegten Prüfungen:

---

---

## 2. Berufsausbildung

2.1 Welche Berufsausbildung haben Sie?

Berufsausbildung als	vom/bis	Art der abgelegten Prüfung

Bitte Zeugnisse beifügen!

2.2 Sind Sie bereits schon einmal umgeschult worden?

nein       ja      wenn ja, Umschulungsberuf: \_\_\_\_\_

2.2.1 Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung? \_\_\_\_\_

---

2.2.2 Wer war Kostenträger? Aktenzeichen? \_\_\_\_\_

---

2.2.3 Wo sind Sie umgeschult worden? \_\_\_\_\_

2.2.4 Abgebrochene Berufsausbildung als: \_\_\_\_\_

Warum abgebrochen? \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

2.3 Teilnahme an Lehrgängen, Fernlehrgängen, Kursen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.4 Fremdsprachenkenntnisse (Sprache, Beherrschungsgrad): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. Bisher ausgeübte Tätigkeiten

(Bitte jede Tätigkeit so genau bezeichnen, dass Ihre besonderen Kenntnisse erkennbar sind)

-Monats- und Jahresangaben genügen-

Art der Tätigkeit	von/bis

- Bitte tabellarischen Lebenslauf beifügen! -

### 4. Anschrift des derzeitigen bzw. letzten Arbeitgebers

Anschrift	
Ggf. Gründe für die Aufgabe des letzten Beschäftigungsverhältnisses	Dauer der Beschäftigung

4.1 Wird eine Wieder- oder Weiterbeschäftigung beim letzten Arbeitgeber gewünscht?

nein       ja

4.2 Zuletzt erzieltetes Durchschnittseinkommen (brutto):

Pro Woche	Pro Monat
EURO	EURO

## 5. Angaben zur Berufsgenossenschaft und zum Rentenversicherungsträger

5.1 Zuständige Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_

5.2 Derzeit zuständiger Rentenversicherungsträger: \_\_\_\_\_

## 6. Arbeitsuchend gemeldet am

Datum	Bei der Agentur für Arbeit

## 7. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Besitzen Sie eine Wertmarke, mit der Sie öffentliche Verkehrsmittel benutzen können?

nein       ja; Geltungsdauer von/bis \_\_\_\_\_

Können Sie die Wertmarke kostenlos erhalten?

nein       ja

## 8. Angaben über Ihre Arbeit, die Sie bei Antragstellung bzw. zuletzt ausgeübt haben:

### 8.1 Art Ihrer Tätigkeit am Arbeitsplatz:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ständig stehend                    | <input type="checkbox"/> an laufender Maschine     | <input type="checkbox"/> Heben u. Tragen von Lasten bis 7 kg     |
| <input type="checkbox"/> gehend und stehend                 | <input type="checkbox"/> oft in gebückter Stellung | <input type="checkbox"/> Heben u. Tragen von Lasten über 7-20 kg |
| <input type="checkbox"/> ständig sitzend                    | <input type="checkbox"/> oft mit erhobenen Armen   | <input type="checkbox"/> Heben u. Tragen von Lasten über 20 kg   |
| <input type="checkbox"/> im Wechsel von stehen/gehen/sitzen | <input type="checkbox"/> oft kniend, hockend usw.  | <input type="checkbox"/> auf Gerüsten und Leitern                |
|   |  | <input type="checkbox"/> hautempfindliche Arbeiten               |

### Arbeitszeit:

- regelmäßig  
 unregelmäßig  
 halbtags  
 Teilzeitarbeit, täglich \_\_\_\_\_ Stunden  
an \_\_\_\_\_ Tagen/Woche

### Arbeitsweise:

- Zweischicht  
 Nachtschicht  
 Fließbandakkord  
 Einzelakkord bzw. Stückakkord  
 Gruppenakkord

### Äußere Einflüsse:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeit bei künstlichem Licht      | <input type="checkbox"/> Nässe                      | <input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung                                       |
| <input type="checkbox"/> angestrenktes Sehen (Feinarbeit)  | <input type="checkbox"/> Kälte                      | <input type="checkbox"/> belästigende Rauchentwicklung                                 |
| <input type="checkbox"/> Arbeit im Freien                  | <input type="checkbox"/> Hitze                      | <input type="checkbox"/> belästigende Gase oder Dämpfe                                 |
| <input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt   | <input type="checkbox"/> Zugluft                    | <input type="checkbox"/> chemische Einflüsse oder Allergie gegen bestimmte Materialien |
| <input type="checkbox"/> Arbeit in offenen Rohbauten o. ä. | <input type="checkbox"/> Druckluft                  |  |
|  | <input type="checkbox"/> starker Lärm (dauernd?)    |  |
|  | <input type="checkbox"/> starker Lärm (zeitweilig?) |  |

### Sonstiges

- Verantwortung  
 ständige Konzentration nötig  
 Führungsaufgaben  
 Anlagensteuerung (Überwachung)  
 Auswärts-Montage  
 Reisetätigkeit

- unregelmäßiges Essen  
 Kantinenessen  
 Diät erforderlich

### Fahren von Kraftfahrzeugen

- PKW  
 LKW ohne Ladearbeiten  
 LKW mit schweren Ladearbeiten  
 sonstige Fahrzeuge  
 Baumaschinenfahrer/in  
(Kran, Bagger etc.)

## 8.2 Weitere Bemerkungen zu Ihrer Tätigkeit

z. B. besonders erschwerte Arbeitsbedingungen. Warum glauben Sie, die bisherige Arbeit nicht mehr verrichten zu können (gesundheitliche bzw. andere Gründe)?  
Beschwerden bitte angeben. Ggf. zusätzliches Blatt verwenden.

## 10. Ist Rente wegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder verminderter bergmännischer Berufsfähigkeit oder Knappschafts-Ausgleichsleistung beantragt bzw. bewilligt worden?

ja       nein

falls ja:

Beantragt bei:

Bewilligt von:

Die vorstehenden Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Zur Nachprüfung meiner Angaben stelle ich auf Verlangen vorhandene Nachweise und Unterlagen zur Verfügung.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
bei Minderjährigen auch Unterschrift des gesetzlichen Vertreters