

# Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

nach § 26 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG)

<b>Hauptfürsorgestelle -Team 3 LV2-</b>	Antrag gestellt Datum:	Namenszeichen:	Eingangsstempel Hauptfürsorgestelle	Eingangsstempel anderer Reha-Träger
	Org. Zeichen <b>3 LV2.2</b>	Name des Sachbearbeiters		Telefon <b>05121-304-</b>

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des BVG, der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (KFürsV) bzw. der sonstigen gesetzlichen Vorschriften zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben (u. a. Neuntes Buch des Sozialgesetzbuches) 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 Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches (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).

Da es verschiedene Rehabilitationsträger gibt, wird Ihr Antrag zur Klärung der Zuständigkeit unter Umständen an einen anderen Rehabilitationsträger weitergeleitet (z. B. Arbeitsamt). Einige der gestellten Fragen dienen daher zur Klärung, welcher Rehabilitationsträger voraussichtlich zuständig ist.

**Bitte Versicherungsnummer angeben**  
(falls hier nicht angegeben):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Bitte Zutreffendes ausfüllen oder ankreuzen und den Antrag – ggf. in zweifacher Ausfertigung – der Fürsorgestelle für KB und KH in \_\_\_\_\_ zusenden.

**Sie sollten den Antrag immer stellen,  
bevor Aufwendungen entstehen oder Ausgaben anfallen!**

## 1. Personalien

Name		Vorname		Geburtsname	
Geburtsdatum	Geburtsort		Geschlecht	Staatsangehörigkeit	
Straße und Hausnummer			Postleitzahl	Wohnort	
Telefonisch zu erreichen unter:			Kundennummer		

## 2. Angaben zum Familienstand

<input type="checkbox"/> Ledig	<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> Mit Lebenspartner in häuslicher Gemeinschaft lebend	<input type="checkbox"/> Geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
Kinder, für die Kindergeld gezahlt wird:				
Name		geb. am	Kindschaftsverhältnis zum Antragsteller	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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?

nein  ja

7.2 Beabsichtigen Sie, in den nächsten 6 Monaten Altersrente von wenigstens 2/3 der Vollrente zu beantragen?

nein  ja

## 9. Sonstige Angaben

9.1 Die Schädigung wurde vom Versorgungsamt anerkannt (Bitte Bescheid in Fotokopie beifügen)

nein  ja

9.2 Der Anerkennungsantrag wird unverzüglich/wurde bereits gestellt bei dem

Versorgungsamt \_\_\_\_\_ Geschäftszeichen \_\_\_\_\_

9.3 Die Gesundheitsstörung wurde vom Wehrbereichsgebührensamt anerkannt (Bitte Bescheid in Fotokopie beifügen)

nein  ja

9.4 Die Gesundheitsstörung wurde vom Bundesamt für Zivildienst anerkannt (Bitte Bescheid in Fotokopie beifügen)

nein  ja

9.5 Wodurch ist die Schädigung entstanden?

Dienstanfall  Wegeunfall  Sonstiges (z. B. Krankheit, Sport)

9.6 Wurde die Schädigung durch ein Verschulden Dritter herbeigeführt?

nein  ja

9.7 Polizeiliches/Staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren?

nein  ja wenn ja: 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?  ja  nein

## 11. Information der Antragstellerin/des Antragstellers

Daten die wir im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von Ihnen beantragten Leistung erhalten haben, dürfen an einen anderen Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse, Arbeitsamt, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) oder für eigene Aufgaben an einen sonstigen Dritten (beispielsweise einen anderen Gutachter) weitergeben werden, falls dies erforderlich ist. Das ergibt sich aus § 76 in Verbindung mit § 69 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs – Verwaltungsverfahren (SGB X). Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit und 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 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuchs – SGB I).

## 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 Bundessozialhilfegesetz, nach dem Bundesversorgungsgesetz usw.) dem zuständigen Rehabilitationsträger sofort mitzuteilen.

Das Merkblatt habe ich erhalten.

### 13. Einverständniserklärung zur Anforderung von ärztlichen Unterlagen

Ich bin damit **einverstanden**, dass mein Rehabilitationsträger von den Ärzten und sonstigen Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. 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 meinem Rehabilitationsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

### 14. Unterschrift

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

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Kundennummer

\_\_\_\_\_  
Anschrift

**Bitte beachten Sie:**

Die am Rehabilitationsverfahren Beteiligten sind bestrebt, die erforderlichen Feststellungen zügig zu treffen und vor allem Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Aus diesem Grund wird auch auf bereits vorliegende Unterlagen anderer Stellen (z. B. medizinische und psychologische Befunde) zurückgegriffen, wenn Sie einer Weitergabe der Unterlagen zugestimmt haben.

Sie haben die Möglichkeit, diese Zustimmung unter genauer Angabe der jeweiligen Stelle zusammenfassend zu erklären. Sofern Sie es wünschen, können Sie Ihr Einverständnis auch durch mehrere Einzelerklärungen – jeweils beschränkt auf eine Stelle – abgeben.

Ich entbinde Ärzte, Psychologen und weitere Gutachter folgender Stellen:

<input type="checkbox"/> Krankenhäuser/Kliniken:	Anschrift
<input type="checkbox"/> Medizinische Reha-Einrichtungen:	Anschrift:
<input type="checkbox"/> Krankenkassen:	Anschrift:
<input type="checkbox"/> Renten- Unfallversicherungsträger:	Anschrift:
<input type="checkbox"/> Versorgungsamt:	Anschrift:
<input type="checkbox"/> Hauptfürsorgestelle:	Anschrift:
<input type="checkbox"/> Sonstige:	Anschrift:
<input type="checkbox"/> sowie folgende Ärzte/Psychologen/Gutachter:	Anschrift:

Die mich behandelt bzw. untersucht haben, gegenüber den mit meiner Rehabilitation befassten Stellen von der Schweigepflicht, soweit dies zur Durchführung meines beruflichen Rehabilitationsverfahrens erforderlich ist. Mit der Weitergabe der in diesem Zusammenhang erforderlichen personenbezogenen Daten an die mit meinem Rehabilitationsverfahren befassten Stellen bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

\_\_\_\_\_  
Ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

<b>Eigene Angaben zur Person sowie zum schulischen und beruflichen Werdegang</b>
--

Name, Vorname –ggf. auch Geburtsname-	Geburtsort	Nummer der Rentenversicherung
Straße, Postleitzahl, Wohnort		Telefonisch zu erreichen unter
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit _____		Grad der Behinderung (GdB)

### 1. Schulausbildung

#### 1.1 Besuchte Schule:

<input type="checkbox"/> Schule für Behinderte (Sonderschulen)	Schuljahre von/bis
<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
DM/EURO	DM/EURO

#### 5. Angaben zur Berufsgenossenschaft und zum Rentenversicherungsträger

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

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

#### 6. Arbeitssuchend gemeldet am

Datum	Beim Arbeitsamt

#### 7. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?

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

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

Arbeitszeit:

- regelmäßig  
 unregelmäßig  
 halbtags  
 Teilzeitarbeit, tägl. \_\_\_\_\_ Std.  
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"/> angestrengtes 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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Verantwortung                  | <input type="checkbox"/> unregelmäßiges Essen |
| <input type="checkbox"/> ständige Konzentration nötig   | <input type="checkbox"/> Kantinenessen        |
| <input type="checkbox"/> Führungsaufgaben               | <input type="checkbox"/> Diät erforderlich    |
| <input type="checkbox"/> Anlagensteuerung (Überwachung) |   |
| <input type="checkbox"/> Auswärts-Montage               |   |
| <input type="checkbox"/> Reisetätigkeit                 |   |

## Fahren von Kraftfahrzeugen

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> PKW                                       |
| <input type="checkbox"/> LKW ohne Ladearbeiten                     |
| <input type="checkbox"/> LKW mit schweren Ladearbeiten             |
| <input type="checkbox"/> sonstige Fahrzeuge                        |
| <input type="checkbox"/> Baumaschinenfahrer<br>(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.

## 9. Name und Anschrift des behandelnden Arztes

--

**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