



Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

		Datum	Namenszeichen	Eingangsstempel (Agentur für Arbeit) (anderer Rehabilitationsträger)	
Org.-Zeichen/ Team-Kenn.	DKZ (letzte Tätigkeit)	Name des Beraters/Tel.Nr.		Hat die Krankenkasse Sie schriftlich aufgefordert, diesen Antrag zu stellen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Hinweise:

Sie stellen einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) – Neuntes Buch – SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen -.

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Da es verschiedene Rehabilitationsträger gibt, kann Ihr Antrag zur Klärung der Zuständigkeit an einen anderen Rehabilitationsträger (siehe Ziffer 2 Merkblatt 12) weitergeleitet werden. Einige der gestellten Fragen dienen daher zur Klärung, welcher Rehabilitationsträger für Sie zuständig ist.. 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 Sozialgesetzbuchs (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihres Antrags.. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistungen ganz oder teilweise versagen oder entziehen können (§ 66 SGB I)..

Bitte Versicherungsnummer angeben (falls hier nicht angegeben):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bitte Zutreffendes ausfüllen oder ankreuzen und den Antrag möglichst persönlich in Ihrer Agentur für Arbeit abgeben

Zimmer- nummer:

Bitte beachten Sie, dass Sie den Antrag stellen, bevor Aufwendungen entstehen oder Ausgaben anfallen! Beachten Sie bitte das Merkblatt 12!

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"/> 0 ledig	<input type="checkbox"/> 1 verheiratet	<input type="checkbox"/> 2 geschieden	<input type="checkbox"/> 3 verwitwet
<input type="checkbox"/> 4 eingetragene Lebenspartnerschaft			

Name, Vorname:

Kundennummer:

3. Angaben zum Beruf/Stellung im Erwerbsleben

3.1 Zuletzt ausgeübter Beruf/Erwerbstätigkeit
(möglichst genaue Bezeichnung) _____

3.2 Derzeitige Stellung im Beruf/Erwerbsleben

<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> 1 Auszubildender (Lehrling, Anlernling, Praktikant, Volontär, Student usw.)	<input type="checkbox"/> 2 ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)
<input type="checkbox"/> 3 angelernter Arbeiter im anerkannten 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 o.ä.	<input type="checkbox"/> 8 Selbständiger

4. Arbeit vor Antragstellung

<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (nicht ausfüllen, 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 oder Hausmann	<input type="checkbox"/> 7 arbeitslos im Sinne des Dritten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB III)	<input type="checkbox"/> 8 Heimarbeit
<input type="checkbox"/> 9 Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen	<input type="checkbox"/> 10 arbeitslos im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II)	

5. Krankenkasse

Name und Anschrift der Krankenkasse _____

Sind Sie familienversichert? Wenn ja, bitte Namen und Geburtsdatum des Mitgliedes angeben: _____

Besteht z.Zt. Arbeitsunfähigkeit? nein ja wenn ja, seit wann? _____

6. Behandelnde Ärzte

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

7. Angaben zu Berufsgenossenschaft und Rentenversicherungsträger

7.1 Zuständige Berufsgenossenschaft: _____

7.2 Derzeitiger zuständiger Rentenversicherungsträger: _____

Haben Sie außer an Ihren derzeitigen Rentenversicherungsträger auch Beiträge an einen anderen Rentenversicherungsträger oder zur landwirtschaftlichen Altershilfe entrichtet?
Wenn ja, zu welcher Stelle? (z.B. Bundesknappschaft, Seekasse, Bahnversicherungsanstalt)

nein ja _____ von/bis: _____

8. Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

8.1 Beziehen Sie eine Rente ?
 nein ja wenn ja, bitte den Rentenbescheid beifügen

8.2 Haben Sie Rente beantragt?
 nein ja; wenn ja, seit wann und bei welchem Träger? _____

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

Name, Vorname: _____ Kundennummer: _____

9. Sonstige Angaben

9.1 Sind gesundheitliche Einschränkungen als Folge eines Arbeits- oder Wegeunfalls, als Berufskrankheit, als Folge von Wehr- oder Zivildienstbeschädigung, als Verfolgtenleiden, als Impfschaden oder als Folge einer Gewalttat anerkannt?

nein ja von welcher Stelle: _____

Haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

nein ja bei welcher Stelle: _____

9.2 Sind Leiden Folge einer durch Dritte verursachten Körperverletzung bzw. Krankheit (z.B. Verkehrsunfall, sonstiger Unfall, Ansteckung)?

nein ja Falls ja, bitte Unfallfragebogen ausfüllen

Haben Sie Schadensersatzansprüche geltend gemacht?

nein ja bei welcher Stelle: _____

9.3 Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird (z.B. betriebliche Vorruhestandsleistungen, Altersübergangsgeld, Arbeitslosengeld nach § 42b SGB III usw.)?

nein ja von welcher Stelle: _____

9.4 Haben Sie in den letzten 4 Jahren medizinische Leistungen zur Rehabilitation, Kuren (auch bezuschusste der Krankenkasse) oder ähnliche Leistungen erhalten?

nein ja von welcher Stelle zuletzt? _____

Zeitraum: von _____ bis _____

9.5 Nur bei beruflicher Ersteingliederung zu beantworten: Werden Leistungen/Hilfen vom Jugendamt gewährt?

nein ja

10. Medizinische Leistungen vor Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Hinweis: Im Rahmen der Zuständigkeitsklärung bzw. vor Entscheidung über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird vom Rentenversicherungsträger 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. Träger der Grundsicherung nach dem SGB II, Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, 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 wesentlich falsche Angaben die Gewährung von Leistungen ausschließen können. Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (z.B. Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuchs, 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 12 „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“ 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.

Unterschrift

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift des Antragstellers bzw. des gesetzlichen Vertreters)
Bei Vertretung bitte Vollmacht beifügen

Zusatzfragebogen zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Eigene Angaben zur Person sowie zum schulischen und zum beruflichen Werdegang

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Name, Vorname - ggf. auch Geburtsname -		Geburtsort		Versicherungsnummer (falls unten nicht eingetragen)					
Straße, Postleitzahl, Wohnort									
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. <input type="checkbox"/> gesch. seit		telefonisch zu erreichen unter		Kundennummer					

1. Schulausbildung

1.1 Besuchte Schule

	Schuljahre von - bis		Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Förder-/Sonderschule		<input type="checkbox"/> Fachschule	
<input type="checkbox"/> Hauptschule/Polytechn. Oberschule (8 Klassen)		<input type="checkbox"/> Fachoberschule	
<input type="checkbox"/> Realschule (Mittelsch.)/Polytechn. Oberschule (10 Klassen)		<input type="checkbox"/> Fachhochschule/Fach- oder Ingenieurschule	
<input type="checkbox"/> Gymnasium/Erweiterte Oberschule		<input type="checkbox"/> Hochschule/Universität	
<input type="checkbox"/> Berufsschule/Berufsfachschule/-aufbauschule			

1.2 Erreichte Schulabschlüsse bzw. Art der abgelegten Prüfungen

2. Berufsausbildung

2.1 Welche Berufsausbildung haben Sie erhalten?

Berufsausbildung als	vom/bis	Art der abgelegten Prüfung

2.2 Anlemlerberuf

2.3 Sind Sie bereits schon einmal umgeschult worden?

nein ja

Wenn ja:

Umschulungsberuf:

2.3.1 Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung? Wer war Kostenträger? Aktenzeichen?

2.3.2 Wo erfolgte die Umschulung?

2.3.3

Abgebrochene Berufsausbildung als	warum abgebrochen?	am

2.4 Teilnahme an Lehrgängen, Fernlehrgängen, Kursen

von - bis

2.5 Fremdsprachenkenntnisse (Sprache, Beherrschungsgrad)

3. Bisher ausgeübte Tätigkeiten (bitte jede Tätigkeit so genau bezeichnen, dass Ihre besonderen Kenntnisse erkennbar sind) - Monats- und Jahresangaben genügen -

von	bis	Art der Tätigkeit

Name, Vorname, Kundennummer:

4. Name und Anschrift des derzeitigen bzw. des letzten Arbeitgebers

Firma	Anschrift
ggf. Gründe für die Aufgabe des letzten Beschäftigungsverhältnisses	Dauer der Beschäftigung von - bis

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

4.2 Zuletzt erzielt es Durchschnitts-einkommen pro Woche DM/Euro pro Monat DM/Euro

5. Arbeitssuchend gemeldet am bei Ag. für Arbeit	Arbeitslos gemeldet am bei Ag. für Arbeit
--	---

6.1 Als Schwerbehinderter anerkannt/ oder einem Schwerbehinderten gleichgestellt nein ja ggf. Grad der Behinderung

6.2 Besitzen Sie eine Wertmarke des Versorgungsamtes, mit der Sie öffentliche Nahverkehrsmittel benutzen können? ja nein

Geltungsdauer vom _____ bis _____	Können Sie die Wertmarke kostenlos erhalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----------------------------------	--

7. Angaben über Ihre Beschäftigung/Tätigkeit, die Sie bei Antragstellung bzw. zuletzt ausgeübt haben

7.1 Art Ihrer Tätigkeit am Arbeitsplatz

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

Art Ihrer Tätigkeit am Arbeitsplatz

-
- regelmäßig
-
-
- unregelmäßig
-
-
- halbtags
-
-
- Teilzeitarbeit, tägl. _____ Std. an _____ Tage(n) je Woche

Arbeitsweise

-
- Zweischicht
-
-
- Nachtschicht

-
- Fließbandakkord
-
-
- Einzelakkord bzw. Stückakkord
-
-
- Gruppenakkord

Äußere Einflüsse

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

Sonstiges

-
- Verantwortung
-
-
- ständige Konzentration nötig
-
-
- Führungsaufgaben
-
-
- Anlagensteuerung (Überwachung)
-
-
- Auswärts-Montage
-
-
- Reisetätigkeit
-
-
- unregelmäßiges Essen
-
-
- Kantinenessen
-
-
- Diät nicht möglich

Fahren von Kraftfahrzeugen

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

7.2 Weitere Bemerkungen zu Ihrer Tätigkeit (z.B. besonders erschwerte Arbeitsbedingungen)

Name, Vorname, Kundennummer:

8. Warum glauben Sie, die bisherige Arbeit nicht mehr verrichten zu können (gesundheitlich bzw. andere Gründe)?
– Beschwerden angeben – (Sofem dieser Raum für eine Begründung nicht ausreicht, ggf. zusätzliches Blatt verwenden)

9. Ist Rente wegen vermindernder Erwerbsfähigkeit (Rente wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/teilweiser oder voller Erwerbsminderung, Rente für Bergleute) beantragt bzw. bewilligt worden?

Falls ja: nein ja

beantragt bei:
bewilligt von:

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

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer 2

Klassifizierung II	Schuhe vollständig geformt oder vulkanisiert (Gummistiefel, Polymerstiefel für den Nassbereich)
Kategorie	Schutzfunktion
<input type="checkbox"/> S4	Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
<input type="checkbox"/> S5	wie S4, zusätzlich: Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle
Notwendige Zusatzanforderungen nach DIN EN ISO 20345	
Symbol	Anforderung
<input type="checkbox"/> P	Durchtrittsicherheit
<input type="checkbox"/> A	Antistatische Schuhe
<input type="checkbox"/> HI	Wärmeisolierung
<input type="checkbox"/> CI	Kälteisolierung
<input type="checkbox"/> E	Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
<input type="checkbox"/> WRU	Wasserdurchtritt und Wasseraufnahme
<input type="checkbox"/> HRO	Verhalten gegenüber Kontaktwärme
3 Kosten für Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) / Arbeitsschuhe	
Die Kosten für ein Paar Sicherheitsschuhe ohne orthopädische Ausstattung in der oben genannten Ausführung betragen	
_____ EUR einschließlich Mehrwertsteuer.	
Die Kosten für ein Paar Arbeitsschuhe ohne orthopädische Ausstattung betragen	
_____ EUR einschließlich Mehrwertsteuer.	
4 Nur bei Folgeanträgen (Ersatzbeschaffungen) angeben:	
Die von der Versicherten / dem Versicherten bisher genutzten Sicherheitsschuhe oder Arbeitsschuhe sind	
<input type="checkbox"/> weiter gebrauchsfähig.	
<input type="checkbox"/> nicht weiter gebrauchsfähig.	

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen