

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 Leistungsbezug nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)	

5. Krankenkasse

Name und Anschrift der Krankenkasse _____

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

Besieht 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

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 § 428 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) weitergegeben 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 wissenschaftlich 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