Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Bundesagentur für Arbeit

	Datum	Namenszeichen	Eingangsstempel (Agentur für Arbeit)	Eingangsstempel (anderer Rehabilitationsträger)

Org.-Zeichen/ Team-Kenn.	DKZ (letzte Tätigkeit)	Name des Beraters/Tel.Nr.	Hat die Krankenkasse Sie schriftlich aufgefordert, diesen Antrag zu stellen? ☐ nein ☐ 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

☐ 0 ledig ☐ 1 verheiratet ☐ 2 geschieden ☐ 3 verwitwet
☐ 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

- ☐ 0 nicht erwerbstätig
- ☐ 1 Auszubildender (Lehrling, Anlernling, Praktikant, Volontär, Student usw.)
- ☐ 2 ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)
- ☐ 3 angelernter Arbeiter im anerkannten Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig)
- ☐ 4 Facharbeiter
- ☐ 5 Meister, Polier
- ☐ 6 Angestellter
- ☐ 7 Beamter o.ä.
- ☐ 8 Selbständiger

4. Arbeit vor Antragstellung

- ☐ 0 nicht erwerbstätig(nicht ausfüllen, wenn 6 oder 7 zutrifft)
- ☐ 1 Ganztagsarbeit **ohne** Wechselschicht/Akkord/Nachtschicht
- ☐ 2 Ganztagsarbeit **mit** Wechselschicht/Akkord
- ☐ 3 Ganztagsarbeit **mit Nachtschicht**
- ☐ 4 Teilzeitarbeit (**weniger** als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit)
- ☐ 5 Teilzeitarbeit (**mindestens** die Hälfte der üblichen Arbeitszeit)
- ☐ 6 Ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau oder Hausmann
- ☐ 7 arbeitslos im Sinne des Dritten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB III)
- ☐ 8 Heimarbeit
- ☐ 9 Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen
- ☐ 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 § 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) 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 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

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers zum Tragen von Fußschutz (hier Sicherheitsschuhe nach DIN EN ISO 20345) oder von Arbeitsschuhen

G0134

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten	Geburtsdatum

1 Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet

☐ nein ☐ ja, bis

Das Beschäftigungsverhältnis ist gekündigt

☐ nein ☐ ja, zum

Die Versicherte / der Versicherte ist verpflichtet, am Arbeitsplatz aufgrund geltender Unfallverhütungsvorschriften

☐ Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) zu tragen.

☐ nein ☐ ja

☐ Arbeitsschuhe zu tragen. (Beantwortung von Ziffer 2 nicht erforderlich)

☐ nein ☐ ja

2 **Sicherheitsschuhe** sind demnach - entsprechend dem Gefährdungsrisiko der Versicherten / des Versicherten am Arbeitsplatz - in folgender Ausführung notwendig: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Schuhform:

☐ A	Halbschuh
☐ B	Stiefel niedrig
☐ C	Stiefel halbhoch
☐ D	Stiefel hoch
☐ E	Stiefel oberschenkelhoch

Klassifizierung I Schuhe aus Leder oder anderen Materialien, mit Ausnahme von Vollgummischuhen oder Gesamtpolymerschuhen

Kategorie	**Schutzfunktion**
☐ SB	Schuhe mit Zehenkappe 200 Joule
☐ S1	zusätzlich: Geschlossener Fersenbereich, Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
☐ S2	wie S1, zusätzlich: Wasserdurchtritt, Wasseraufnahme
☐ S3	wie S2, zusätzlich: Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle

G0134-00 DRV
V001 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer **2**

Klassifizierung II	Schuhe vollständig geformt oder vulkanisiert (Gummistiefel, Polymerstiefel für den Nassbereich)
Kategorie	**Schutzfunktion**
☐ S4	Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
☐ S5	wie S4, zusätzlich: Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle

Notwendige Zusatzanforderungen nach DIN EN ISO 20345

Symbol	**Anforderung**
☐ P	Durchtrittsicherheit
☐ A	Antistatische Schuhe
☐ HI	Wärmeisolierung
☐ CI	Kälteisolierung
☐ E	Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
☐ WRU	Wasserdurchtritt und Wasseraufnahme
☐ 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

☐ weiter gebrauchsfähig.

☐ nicht weiter gebrauchsfähig.

_____ Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

_____ Telefonnummer für eventuelle Rückfragen

G0134-00 DRV
V001 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015

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 ☐ ledig ☐ verh. ☐ verw. ☐ getr. ☐ gesch. seit	telefonisch zu erreichen unter	Kundennummer

1. Schulausbildung

1.1 Besuchte Schule

		Schuljahre von - bis
☐	Förder-/Sonderschule	
☐	Hauptschule/Polytechn. Oberschule (8 Klassen)	
☐	Realschule (Mittelsch.)/Polytechn. Oberschule (10 Klassen)	
☐	Gymnasium/Erweiterte Oberschule	
☐	Berufsschule/Berufsfachschule/-aufbauschule	

		Schuljahre von - bis
☐	Fachschule	
☐	Fachoberschule	
☐	Fachhochschule/Fach- oder Ingenieurschule	
☐	Hochschule/Universität	
☐		

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 Anlernberuf

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

Blatt 2

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 erzieltes Durchschnittseinkommen	pro Woche DM/Euro		pro Monat DM/Euro
5. Arbeitssuchend gemeldet am		Arbeitslos gemeldet am	
bei Ag. für Arbeit		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? ☐ ja ☐ nein

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

7.1 Art Ihrer Tätigkeit am Arbeitsplatz

- ☐ ständig stehend
- ☐ gehend und stehend
- ☐ ständig sitzend
- ☐ im Wechsel von stehen/gehen/sitzen
- ☐ an laufenden Maschinen
- ☐ oft in gebückter Stellung
- ☐ oft mit erhobenen Armen
- ☐ oft kniend, hockend usw.
- ☐ Heben und Tragen von Lasten bis 7 kg
- ☐ Heben u. Tragen von Lasten über 7-20 kg
- ☐ Heben u. Tragen von Lasten über 20 kg
- ☐ auf Gerüsten und Leitern
- ☐ hautempfindliche Arbeiten
- ☐ 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

- ☐ EDV-Bildschirmarbeit
- ☐ angestrengtes Sehen (Feinarbeit)
- ☐ Arbeit im Freien
- ☐ überwiegend witterungsgeschützt
- ☐ Arbeit in offenen Rohbauten o.ä.
- ☐ Arbeit bei künstlichem Licht
- ☐ Nässe
- ☐ Kälte
- ☐ Hitze
- ☐ Zugluft
- ☐ Druckluft
- ☐ starker Lärm (dauernd?)
- ☐ starker Lärm (zeitweilig?)
- ☐ starke Staubentwicklung
- ☐ belästigende Rauchentwicklung
- ☐ belästigende Gase oder Dämpfe
- ☐ 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)

Blatt 3

Name, Vorname, Kundennummer:

8. Warum glauben Sie, die bisherige Arbeit nicht mehr verrichten zu können (gesundheitlich bzw. andere Gründe)?
– Beschwerden angeben – (Sofern 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