



Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

		Datum Antrag ausgehändigt:	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	



3

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 im Zuge der Zuständigkeitserklärung an andere Rehabilitationsträger weitergeleitet – oder andere Rehabilitationsträger können am Verfahren beteiligt werden. Einige der gestellten Fragen dienen der Klärung, welcher Rehabilitationsträger für Sie zuständig ist. Wir bitten Sie deshalb, alle gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 - 65 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (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 können (§ 66 SGB I).

Bitte Versicherungsnummer angeben (falls hier nicht angegeben):

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

Bitte Zutreffendes ausfüllen oder ankreuzen und den Antrag in Ihrer Agentur für Arbeit einreichen

Zimmernummer:

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		
Adresszusatz		Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort		
E-Mail: (freiwillige Angabe)				Kundennummer			
telefonisch zu erreichen unter: (freiwillige Angabe) Festnetz:				Mobil:			

2. Angaben zum Beruf/Stellung im Erwerbsleben

2.1 Zuletzt ausgeübter Beruf/Erwerbstätigkeit (möglichst genaue Bezeichnung) _____		
2.2 Derzeitige Stellung im Beruf/Erwerbsleben		
<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> 1 Auszubildende/Auszubildender (auch Praktikanten, Studenten)	<input type="checkbox"/> 2 ungelernete Arbeitskraft
<input type="checkbox"/> 3 Facharbeitskraft	<input type="checkbox"/> 4 Meisterin/Meister	<input type="checkbox"/> 5 Angestellte/Angestellter
<input type="checkbox"/> 6 Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> 7 selbständig	

3. Arbeit vor Antragstellung

<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (nicht ausfüllen, wenn 6 oder 7 zutrifft)	<input type="checkbox"/> 1 Ganztagsarbeit ohne Wechsel- schicht/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 Sozialgesetzbuch Drittes Buch (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 Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II)	

4. Krankenkasse

Name und Anschrift der Krankenkasse _____

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

Besteht z. Z. Arbeitsunfähigkeit? nein ja - seit wann? _____

5. Behandelnde Ärzte

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

6. Angaben zu Berufsgenossenschaft und Rentenversicherungsträger

6.1 Zuständige Berufsgenossenschaft: _____

6.2 Derzeitig zuständiger Rentenversicherungsträger: _____

Haben Sie außer an Ihren derzeitigen Rentenversicherungsträger auch Beiträge an einen anderen Rentenversicherungsträger oder zur landwirtschaftlichen Altershilfe entrichtet?
Zu welcher Stelle? (z.B. Knappschaft-Bahn-See)

nein ja _____ von/bis: _____

7. Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

7.1 Beziehen Sie eine Rente ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen
7.2 Haben Sie Rente beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - wann und bei welchem Träger? _____
7.3 Beabsichtigen Sie, in den nächsten 6 Monaten Altersrente von wenigstens 2/3 der Vollrente zu beantragen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

8. Sonstige Angaben

8.1 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? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - von welcher Stelle: _____ Haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bei welcher Stelle: _____
8.2 Sind Ihre gesundheitlichen Einschränkungen Folge einer durch Dritte verursachten Körperverletzung bzw. Krankheit (z.B. Verkehrsunfall, sonstiger Unfall, Ansteckung)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bitte Unfallfragebogen ausfüllen Haben Sie Schadensersatzansprüche geltend gemacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bei welcher Stelle: _____
8.3 Nur bei beruflicher Ersteingliederung zu beantworten: Werden Leistungen/Hilfen vom Jugendamt gewährt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bitte Kopie des Bescheides beifügen

9. Medizinische Leistungen vor Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Hat ein anderer Rehabilitationsträger in den letzten Jahren festgestellt, dass Leistung zur Rehabilitation (Heilbehandlung/präventive Leistungen) derzeit notwendig sind oder innerhalb der letzten 6 Monate notwendig waren?
 nein ja - welcher Rehabilitationsträger: _____

Sind Sie grundsätzlich bereit, an dieser Heilbehandlung und/oder Präventionsmaßnahme teilzunehmen?
 nein ja

10. Information der Antragstellerin/des Antragstellers

Daten, die die Bundesagentur für Arbeit im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von Ihnen beantragten Leistung erhalten hat, 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 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (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 SGB I).

11. 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 SGB II, Leistungen aus der gesetzlichen Renten-, Unfall- und Krankenversicherung, sowie Leistungen nach dem SGB III, nach dem Bundessozialhilfegesetz, nach dem Bundesversorgungsgesetz usw.) dem zuständigen Rehabilitationsträger sofort mitzuteilen. Das Merkblatt 12 „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“ habe ich erhalten.

12. Einverständniserklärung zur Anforderung von ärztlichen Unterlagen

Die Ergebnisse ärztlicher und/oder psychologischer 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 der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der gesetzlichen Vertreter) Bei Vertretung bitte Vollmacht/Bestellungsurkunde 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 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

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	Euro
-----------	------

pro Monat	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

- | | | |
|---|--|---|
| <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"/> belästigende Rauchentwicklung
<input type="checkbox"/> belästigende Gase oder Dämpfe
<input type="checkbox"/> chemische Einflüsse oder Allergie gegen bestimmte Materialien |
|---|---|--|

Sonstiges

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

Agentur für Arbeit Schweinfurt	 3	Eingangsdatum	 Bundesagentur für Arbeit
--------------------------------	--	---------------	--

Name, Vorname, Anschrift, Kundennummer

Reha

Vermerke der Agentur für Arbeit	Hdz.
Reha-Antrag (Reha 101 gestellt) am:	
Fragebogen ausgegeben am:	
Durch die Agentur für Arbeit:	

Fragebogen zur Gewährung von sonstigen Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben (§ 49 Absatz 3 Nr. 7 SGB IX)

1. Wegen meiner Behinderung benötige ich

zur Berufsausübung für Teilnahme an einer Bildungsmaßnahme

als _____

bei _____

in _____

folgende Leistungen (bitte Kosten angeben)

2. Sind andere **öffentlich-rechtliche Stellen** verpflichtet, Ihnen gleichartige Leistungen zu gewähren, oder hat sich der

Arbeitgeber bereiterklärt, die vorstehenden Kosten ganz oder teilweise zu übernehmen?

ja nein

Wenn ja, in Höhe _____ Euro.

3. Die bewilligte Leistung bitte ich an _____ zu überweisen.

Kontoinhaber

BIC _____ IBAN _____

Name des Geldinstituts _____

Erklärung

- Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich der Agentur für Arbeit **unverzüglich** alle Änderungen mitzuteilen habe, die Auswirkungen auf die Leistung haben könnten.
- Das Merkblatt 12 - Berufliche Rehabilitation -, in dem auf die Mitteilungspflichten hingewiesen ist, habe ich erhalten und von seinem Inhalt Kenntnis genommen.
- Meine Ansprüche gegen meinen Arbeitgeber, oder gegen andere öffentlich-rechtliche Stellen auf gleichartige Leistungen, trete ich hiermit an die Bundesagentur für Arbeit ab.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Antragstellers)

(Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Die Richtigkeit der Änderung/Ergänzung zu Nummer(n) _____ wird bestätigt.

(Unterschrift des Antragstellers)



Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers für Arbeitshilfen / zum Tragen von Arbeitssicherheitsschuhen oder von Arbeitsschuhen

Name, Vorname, Geburtsdatum des Arbeitnehmers

1. Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet?

nein ja, bis _____

Ist das Beschäftigungsverhältnis gekündigt?

nein ja, zum _____

2. Angaben zur beantragten Arbeitshilfe

Beantragt wird die Übernahme der Kosten für

- Einlagen für Arbeitssicherheitsschuhe/Arbeitsschuhe
- die orthopädische Zurichtung von Arbeitssicherheitsschuhen/Arbeitsschuhen
- Sicherheitsschuhe nach Maß
- _____

3. Sofern die Übernahme der Kosten für

- Einlagen
- die Zurichtung von Arbeitssicherheitsschuhen/Arbeitsschuhen
- Sicherheitsschuhe nach Maß

beantragt wird:

Sind am Arbeitsplatz Arbeitssicherheitsschuhe/Arbeitsschuhe beispielsweise aus Unfallverhütungsvorschriften zwingend vorgeschrieben?

- nein
- ja

4. Sofern die Übernahme der Kosten für sonstige Arbeitshilfen beantragt wird:

Ist an dem Arbeitsplatz das benötigte Hilfsmittel beispielsweise aus Unfallverhütungsvorschriften zwingend vorgeschrieben?

- nein
- ja

5. Leistet der Betrieb für beantragte Arbeitshilfe einen Zuschuss?

(Im Fall von orth. Einlagen bitte nicht die vom Betrieb gestellten Arbeitsschuhe angeben)

- nein
- ja und zwar in Höhe von EUR

Hiermit wird bestätigt, dass die beantragte technische Arbeitshilfe für die Tätigkeit des Versicherten benötigt wird: