Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	Eingangsstempel der Antrag aufnehmenden Stelle	Eingangsstempel des Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte - Rehabilitationsantrag

G100

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - und des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) - 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 Ersten Buches des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil (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).

Hat die gesetzliche Krankenkasse, die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter **schriftlich** aufgefordert, diesen Antrag zu stellen?

☐ nein ☐ ja, die Krankenkasse
☐ ja, die Agentur für Arbeit
☐ ja, das Jobcenter

Aufforderungsschreiben bitte in Kopie beifügen!

1 Beantragte Leistung

☐ **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 ff. SGB IX) ☐ **stationär** ☐ **ganztägig ambulant**	**Anlage (Formular G110) bitte beifügen!**
☐ **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke** (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 26 ff. SGB IX) ☐ **stationär** ☐ **ganztägig ambulant** ☐ **ambulant**	**Anlage (Formular G110) bitte beifügen!**
☐ **Leistungen zur onkologischen Rehabilitation** (§ 15 oder § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI)	**Anlage (Formular G110) bitte beifügen, sofern Sie keine Altersrente beziehen!**
☐ **Medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit** (Präventionsleistungen - § 31 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI)	**Anlage (Formular G110) bitte beifügen!**
☐ **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** (Berufliche Rehabilitation - § 16 SGB VI in Verbindung mit § 33 ff. SGB IX)	**Anlage (Formular G130) bitte beifügen!**
☐ **Kraftfahrzeughilfe** (§ 33 Absatz 8 Nummer 1 SGB IX)	**Anlagen (Formulare G140 und G141) bitte beifügen!**
☐ **Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind** (§ 33 Absatz 8 Nummer 4 und 5 SGB IX)	**Anlage (Formular G130) bitte beifügen!**

G0100 PDF
V014 - 17.12.2012 - 14

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

2 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)
Geburtsname		frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
Geburtsort (Kreis, Land)		
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		

3 Angaben zum Familienstand und Beruf

3.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)

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

3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)

4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

(bei Arbeitslosigkeit / Arbeitsunfähigkeit geben Sie bitte die letzte berufliche Stellung davor an)

☐ **0** nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner)

☐ **1** Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student)

☐ **2** ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)

☐ **3** angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig)

☐ **4** Facharbeiter

☐ **5** Meister, Polier

☐ **6** Angestellter

☐ **7** Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechtes

☐ **8** Selbständiger

5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

☐ **0** nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, 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 / Hausmann

☐ **7** arbeitslos gemeldet

☐ **8** Heimarbeit

☐ **9** Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

6 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP)

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

☐ 0 nein ☐ 1 ja

7 Krankenkasse

Name	
Straße, Hausnummer	Telefon
Postleitzahl / Ort	

☐ Gesetzliche Krankenkasse

☐ Private Krankenversicherung

8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	Telefon
Postleitzahl / Ort	

9 Beiträge zur Sozialversicherung

9.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

☐ nein ☐ ja

9.2 Haben Sie Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

☐ nein ☐ ja

9.3 Zahlen Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland?

☐ nein ☐ ja, Formular G105 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen) bitte beifügen!

10 Bezug von Arbeitslosengeld II

Beziehen oder bezogen Sie im laufendem Kalenderjahr Arbeitslosengeld II?

☐ nein ☐ ja, bitte entsprechende Nachweise beifügen!

11 Beamteneigenschaft

Wird eine Beschäftigung ausgeübt, aus der nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

☐ nein ☐ ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

12 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

12.1 Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Name des Rentenversicherungsträgers

☐ nein ☐ ja

12.2 Beabsichtigen Sie, in den nächsten 6 Monaten Altersrente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente zu beantragen?

☐ nein ☐ ja

13 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente

Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (zum Beispiel betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandsleistung, Anpassungsgeld, Knappschaftsausgleichsleistung)?

Art der Leistung

☐ nein ☐ ja

14 Sonstige Angaben

14.1 Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden als

- Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls,
- Berufskrankheit,
- Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung,
- Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist,
- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,
- Verfolgtenleiden,
- Impfschaden?

Von welcher Stelle? Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

☐ nein ☐ ja

14.2 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer Erwerbsfähigkeit** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

☐ nein ☐ ja, Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Formular R870) bitte beifügen.

Sind **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

am bei welcher Stelle? Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja

14.3 Haben Sie **in den letzten 4 Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?

Von welcher Stelle zuletzt? Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja

von - bis

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

15 Antragstellung durch eine andere Person

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen!

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen)			
In der Eigenschaft als			
☐ gesetzlicher Vertreter	☐ Vormund	☐ Betreuer	☐ Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort		
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)			

16 Bankverbindung

IBAN (International Bank Account Number) D E		BIC (Bank Identifier Code)
Geldinstitut (Name, Ort)		
Kontoinhaberin / Kontoinhaber		

17 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Sind Sie auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzen Sie behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:

18 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.
Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

☐ als Großdruck

☐ in Braille (Kurzschrift)

☐ in Braille (Vollschrift)

☐ als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)

☐ als Hörmedium (Kassette)

☐ als Hörmedium (CD-DAISY Format)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

19 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)

19.1 Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und 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 dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) beziehungsweise der §§ 116 / 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

19.2 Information

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 SGB X.

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit 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).

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten beziehungsweise Rehabilitationsaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).

- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder privater Krankenkassen.

19.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (zum Beispiel Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

19.4 Ermächtigung

Ich ermächtige den Rentenversicherungsträger hiermit widerruflich, eine nach § 32 SGB VI gegebenenfalls zu leistende Zuzahlung von dem unter Ziffer 16 des Antrages angegebenen Konto abzubuchen, falls die Rehabilitationseinrichtung den Zuzahlungsbetrag nicht bereits eingezogen hat.

20 Unterschrift

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

21 Bestätigung der Krankenkasse

- wird von der Krankenkasse ausgefüllt, sofern die Antragstellung über die Krankenkasse erfolgt -
(nur ausfüllen, wenn eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation beantragt wird; entfällt bei privater Krankenversicherung)

21.1 Name der Krankenkasse | Institutionskennzeichen

Sie ist / Er ist ☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert

Wurden für die Antragstellerin / den Antragsteller in den letzten 4 Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 1 SGB V (ambulante Rehabilitationsleistungen), § 40 Absatz 2 SGB V (stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung) oder § 41 Absatz 1 SGB V (Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes) durchgeführt oder bezuschusst (§ 12 Absatz 2 SGB VI)?

☐ nein ☐ ja Art und Zeitraum der Leistung

Anmerkung: Nicht anzugeben sind ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Absatz 2 und 4 SGB V) und Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 Absatz 1 SGB V).

21.2 Werden zurzeit Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?
- nur ausfüllen, wenn die Krankenkasse nach § 28h Absatz 1 des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches, Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung, auch Einzugsstelle für die Beiträge ist -

☐ nein ☐ ja, letzter Beitrag

Monat	Jahr

21.3 AUD-Beleg ist beigefügt

☐ nein ☐ ja

Stempel der Krankenkasse, Unterschrift

Datum

G0100 PDF
V014 - 17.12.2012 - 14