

Anschrift Kommune

An
RV-Träger

Unser Zeichen Tel-Nr.: Fax Nr.: Datum:
.....

Ersuchen nach § 45 SGB XII

Der/Die u.a. Antragsteller/in hat am einen Antrag auf Leistungen der Grund-
sicherung gestellt. Bezug nehmend auf § 45 SGB XII bitten wir Sie zu prüfen, ob die
Voraussetzungen des § 41 Abs. 3 SGB XII vorliegen.

Dieses Ersuchen erfolgt im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens.

1. Angaben zur Person des/der Antragstellers/in

Name		Vorname	
Geburtsname		Telefonisch tagsüber zu erreichen	
Geburtsdatum <input type="text"/>	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit	
Geburtsort			
Rentenversicherungsnummer <input type="text"/>		Falls keine VSNR angegeben werden kann, bitte Fragen in Ziffer 1 unbedingt vollständig ausfüllen und bestätigen.	
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)			
Postleitzahl <input type="text"/>	Wohnort		
Der Antrag wird in Vertretung gestellt von		(Vollmacht oder Betreuerausweis bitte beifügen.)	
Name, Vorname/Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)			
In der Eigenschaft als			
<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter			
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		Telefonisch tagsüber zu erreichen	
Der/Die Antragsteller/in hat das 18. Lebensjahr vollendet und			
<input type="checkbox"/> bezieht keine Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit, Invalidität oder Erwerbsminderung			
<input type="checkbox"/> hat einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung gestellt am..... bei.....			

2. **Der/Die Antragsteller/in macht folgende Gesundheitsstörungen geltend:**

Die Gesundheitsstörungen bestehen seit:

3. **Amtsärztliches Gutachten**

Amtsärztliches Gutachten ja bitte beifügen
nein

4. **Ärztliche Behandlung**

Arzt/Krankenhaus/Rehabilitationsklinik (Name, Anschrift, Tel-Nr.)

Behandlung wegen _____ Wann: _____

Arzt/Krankenhaus/Rehabilitationsklinik (Name, Anschrift, Tel-Nr.)

Behandlung wegen _____ Wann: _____

Befundbericht/ärztliches Gutachten ist/sind beifügt.

5. **Schwerbehinderung:**

nein ja Grad der Behinderung _____

Ärztliche Gutachten und der Bescheid vom Versorgungsamt sind beifügt.

6. **Beschäftigungsübersicht**

Beschäftigung in einer geschützten Einrichtung

nein ja vom – bis _____

Gutachten des Fachausschusses ist beifügt ja Datum: _____
nein

wenn nein: Anschrift der Einrichtung: _____

Beschäftigung außerhalb einer geschützten Einrichtung

nein ja

zuletzt beschäftigt als	täglicher Umfang	vom - bis

7. **Eine Erklärung des/der Antragstellers/in über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist beifügt.**

Bestätigungsvermerk

Die Angaben zur Person der Antragstellerin/des Antragsstellers werden bestätigt durch

Geburts-/Abstammungsurkunde gültigen Personalausweis gültigen Reisepass

_____ Dienststempel _____ Datum, Unterschrift des Aufnehmenden _____

Unterschrift

Anlagen