

Absender:

An

Deutsche Rentenversicherung

Unser Zeichen

Tel-Nr.:

Fax Nr.:

Datum:

.....

.....

.....

.....

Ersuchen nach § 45 Abs. 1 SGB XII

Der/Die u.a. Antragsteller/in hat am einen Antrag auf Leistungen der Grundversicherung gestellt. Bezug nehmend auf § 45 Abs. 1 Satz 1 SGB XII bitten wir Sie zu prüfen, ob die Voraussetzungen des § 41 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII vorliegen. Die hierfür entstehenden Kosten und Auslagen werden nach der Vereinbarung zwischen den kommunalen Spitzenverbänden und dem VDR übernommen.

Dieses Ersuchen erfolgt im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens.

1. Angaben zur Person des/der Antragstellers/in

Name		Vorname	
Geburtsname		Telefonisch tagsüber zu erreichen	
Geburtsdatum 	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit	
Geburtsort			
Rentenversicherungsnummer 		Falls keine VSNR angegeben werden kann, bitte Fragen in Ziffer 1 unbedingt vollständig ausfüllen und bestätigen.	
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)			
Postleitzahl 	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

- bezieht keine Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit, Invalidität oder Erwerbsminderung
- 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