Absender (Bezeichnung und Anschrift des Trägers für die Leistungen nach dem SGB XII)

An

RV-Träger

Aktenzeichen Telefax Telefon, Auskunft erteilt Datum

....................... ........................ ....................... ………. ....................

**Ersuchen nach § 45 SGB XII**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die u. a. Person hat am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ einen Antrag auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gestellt. Aufgrund der Angaben und der beigefügten Nachweise des Leistungsberechtigten erscheint es als wahrscheinlich, dass die medizinischen Voraussetzungen des § 41 Abs. 3 SGB XII erfüllt sind. Bitte prüfen Sie, ob die Voraussetzungen des § 41 Abs. 3 SGB XII vorliegen.

Das Ersuchen erfolgt im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens.

**1. Angaben zur Person**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name | | | Vornamen (Rufname bitte unterstreichen) | | |
| Geburtsname | | | Frühere Namen | | |
| Geburtsdatum | | Geschlecht  männlich  weiblich | | Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis) | |
| Geburtsort (Kreis, Land) | | | | | |
| Rentenversicherungsnummer | | | | | |
| Straße, Hausnummer | | | | | Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) |
| Postleitzahl | Wohnort | | | | Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) |

**2. Antragstellung durch andere Personen**

Der Antrag wurde in Vertretung gestellt von

Vollmacht, Beschluss des Gerichts oder Betreuungsnachweis ist beigefügt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname, Dienststelle (ggf. Aktenzeichen) | | |
| in der Eigenschaft als  gesetzlicher Vertreter  Betreuer  Bevollmächtigter | | |
| Straße, Hausnummer | | Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) |
| Postleitzahl | Wohnort | Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) |

**3.** **Rentenbezug / Rentenantragstellung**

|  |
| --- |
| Die Antragstellerin / Der Antragsteller hat das 18. Lebensjahr vollendet und  bezieht keine Rente wegenverminderter Erwerbsfähigkeit  hat einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung gestellt  am ......................................  bei ........................................................................................................................................ |

**4. Gesundheitsstörungen**

Die Antragstellerin / Der Antragsteller macht folgende Gesundheitsstörungen geltend:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die Gesundheitsstörungen bestehen seit:

**5. Amtsärztliches Gutachten**

Amtsärztliches Gutachten liegt vor

nein  ja,

**Amtsärztliches Gutachten ist beigefügt.**

**6. Ärztliche Behandlung**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Behandlung wegen vom - bis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Behandlung wegen vom - bis

**Befundbericht / ärztliches Gutachten ist / sind beigefügt.**

**7. Anerkennung als schwerbehinderter Mensch**

Die Antragstellerin / Der Antragsteller ist als schwerbehinderter Mensch anerkannt

nein  ja, Grad der Behinderung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kopie des Schwerbehindertenauseises oder – soweit vorliegend - ärztliche Gutachten und der Bescheid vom Versorgungsamt sind beigefügt.**

**8. Beschäftigungsübersicht**

**8.1** Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen

nein  ja, vom - bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Anschrift, Telefon-Nr. der Werkstatt für behinderte Menschen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eingangsverfahren oder Berufsbildungsbereich

Arbeitsbereich

**Stellungnahme des Fachausschusses**  ist beigefügt.

wurde nicht abgegeben, da ein Teilhabeverfahren nach §§ 19 bis 23 SGB IX durchgeführt wird.

**8.2** Beschäftigung außerhalb einer Werkstatt für behinderte Menschen

nein  ja

zuletzt beschäftigt als täglicher Umfang vom - bis

**9. Eine Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist beigefügt.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ **Anlagen**

Unterschrift