

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 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> 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 wegen verminderter 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 beigelegt.**

### 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 beigelegt.**

### 7. Anerkennung als schwerbehinderter Mensch

Die Antragstellerin / Der Antragsteller ist als schwerbehinderter Mensch anerkannt

- nein  ja, Grad der Behinderung .....

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

### 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 beigelegt.

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.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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