

214.

(Sofern bekannt, bitte angeben)

Persönliche Angaben (Anlage P) zum Antrag vom _____

Angaben zur Person

Name (ggf. Geburtsname), Vornamen (Rufname bitte unterstreichen):

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl:

Wohnort:

Tel.-Nr. (tagsüber):

Fax-Nr.:

E-Mail-Adresse:

Bankverbindung (Name der Bank):

IBAN:

Ausgeübter Beruf / Tätigkeit:

Erlerner Beruf:

Geschlecht:

wöchentliche Arbeitszeit:

beschäftigt seit:

Arbeitgeber (mit Anschrift):

Angaben zur Behinderung / Schädigung

Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX)

Bei mir wurde vom Amt für Versorgung und Soziales – Versorgungsamt – eine Schwerbehinderung festgestellt. (Bitte Kopie des aktuellen Feststellungs**bescheides** und des Schwerbehindertena**usweises** beifügen).

Ich wurde durch die Agentur für Arbeit den schwerbehinderten Menschen gleichgestellt.

Die Gleichstellung ist unbefristet / befristet bis: _____

(Bitte **zusätzlich** Kopie des Gleichstellungs**bescheides** beifügen).

Soziales Entschädigungsrecht

Bei mir wurde durch das Amt für Versorgung und Soziales – Versorgungsamt – eine Minderung der Erwerbsfähigkeit anerkannt. (Bitte Kopie des **Bescheides** des Versorgungsamtes beifügen).

Ich erhalte Leistungen nach dem

Bundesversorgungsgesetz

Soldatenversorgungsgesetz

Infektionsschutzgesetz

Opferentschädigungsgesetz

Häftlingshilfegesetz

Zivildienstgesetz

SED-Unrechts-Bereinigungsgesetz

Angaben zu Ansprüchen gegen Dritte

Meine Behinderung / Schädigung ist ganz oder teilweise

- auf Verschulden Dritter zurückzuführen

ja

nein

- Folge eines Arbeits- oder Dienstunfalls

ja

nein

Ich habe oder hatte deshalb Ansprüche auf z. B. Rente,
Schmerzensgeld, Schadenersatz oder Unfallausgleich

ja

nein

wenn ja,
gegen

An-
schrift:

Aktenzeichen:

Es wurde eine Abfindung gezahlt

ja

nein

⇒ Bei noch nicht abgeschlossenen Verfahren bitte den Sachverhalt auf einem Beiblatt erläutern !

Angaben zur Sozialversicherung

Rentenversicherung

Ich zahle aktuell Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung.

ja

nein

Ich habe in der Vergangenheit Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt.

ja

nein

Anschrift der Rentenversicherung:

Versicherungs-Nr.

Leistungen der beruflichen Rehabilitation

Ich habe in den letzten sechs Monaten Leistungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation erhalten oder beantragt (z. B. Rehabilitationsmaßnahme (Kur), Umschulung, Arbeitsplatzausstattung, Rente).

Wenn ja,
wann:

von/bei wem (mit Anschrift und Aktenzeichen):

Ich beabsichtige einen Antrag auf Leistungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation zu stellen.

Wenn ja, bei wem (Anschrift):

Besondere Bemerkungen

Z. B. bestehende Vollmacht oder Betreuung

Hinweise

Die Informationen zum Datenschutz habe ich erhalten und gelesen. Mir ist bekannt, dass bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben die Leistung zurückgefordert werden kann (§ 45 ff. SGB X). Die von mir zur Verfügung gestellten Angaben und Unterlagen zu meiner Behinderung dürfen für die Bearbeitung des Antrags genutzt werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)