

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kurzantrag auf Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Versorgung mit orthopädischen Arbeitssicherheitsschuhen/Arbeitsschuhen

1. Angaben zur Person

Name, Vorname des Versicherten		Geburtsname																					
Geburtsdatum <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																						Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Straße, Hausnummer																							
Postleitzahl <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								Wohnort															

2. Arbeitsplatzbeschreibung (Tätigkeit, die zur Zeit verrichtet wird)

Name und Anschrift des Arbeitgebers	Beschäftigt seit
Art des Betriebes (z. B. Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)	
Genaue Tätigkeit (z. B. Lkw-Fahrer - nicht Kraffahrer, Intensiv-Schwester – nicht Krankenschwester)	

3. Angaben zum Gesundheitszustand

Meine gesundheitliche Situation hat sich <input type="checkbox"/> nicht geändert
<input type="checkbox"/> wie folgt geändert: _____ _____

4. Angaben zum Antrag

Haben Sie aktuell einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem anderen Leistungsträger gestellt (z. B. Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft)?	
Name und Anschrift des Leistungsträgers	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers