

**Antrag auf Leistungen zur Teilhabe - Rehabilitationsantrag
für nichtversicherte Angehörige und Empfänger von Hinterbliebenenrente**

G200


Hinweis:

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - und des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) - von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Versicherungsnummer der Versicherten / des Versicherten

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

Eingangsstempel

Antrag aufnehmende Stelle	Rentenversicherungsträger
---------------------------	---------------------------

1	Beantragte Leistung
<input type="checkbox"/>	Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI)
<input type="checkbox"/>	Kinderrehabilitation (§ 31 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI)

2	Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten	
Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Geburtsname		Frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit
Geburtsort (Kreis, Land)		
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

3	Angaben zur Person der Erkrankten / des Erkrankten	
Versicherungsnummer der Erkrankten / des Erkrankten		(soweit vorhanden)
Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Geburtsname		Frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
<input type="checkbox"/> Ehegatte, Witwe, Witwer, Lebenspartnerin oder Lebenspartner im Sinne des Partnerschaftsgesetzes		<input type="checkbox"/> Kind
Geburtsort (Kreis, Land)		Staatsangehörigkeit
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

4 Angaben zum Familienstand und Beruf der Erkrankten / des Erkrankten**4.1** Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes) **0** ledig **1** verheiratet **2** geschieden **3** verwitwet**4.2** Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)**5 Arbeit der Erkrankten / des Erkrankten vor Antragstellung**

<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft)	<input type="checkbox"/> 1 Ganztagsarbeit ohne Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 2 Ganztagsarbeit mit Wechselschicht / Akkord
<input type="checkbox"/> 3 Ganztagsarbeit mit Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 4 Teilzeitarbeit, weniger als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 5 Teilzeitarbeit, mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit
<input type="checkbox"/> 6 ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann	<input type="checkbox"/> 7 arbeitslos gemeldet	<input type="checkbox"/> 8 Heimarbeit
<input type="checkbox"/> 9 Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen		

6 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP) der Erkrankten / des Erkrankten

Nimmt die Erkrankte / der Erkrankte an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

 0 nein **1** ja**7 Krankenkasse der Erkrankten / des Erkrankten**

Name

Straße, Hausnummer

Telefon

Postleitzahl

Ort

 Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenversicherung
(Wir empfehlen Ihnen, Ihre private Krankenversicherung von der Antragstellung, gegebenenfalls von der Bewilligung oder Ablehnung zu unterrichten.)**8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt der Erkrankten / des Erkrankten**

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Telefon

Postleitzahl

Ort

9 Antragstellung durch eine andere Person

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von _____ Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichtes bitte beifügen!

Name, Vorname / Dienststelle (AktENZEICHEN)		
In der Eigenschaft als		
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Vormund	<input type="checkbox"/> Betreuer
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter		
Straße, Hausnummer		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

10 Angaben über die Erkrankte / den Erkrankten

10.1 Wurden für die Erkrankte / den Erkrankten jemals **Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt** oder wurden Anwartschaften bei Auflösung einer Ehe übertragen oder begründet oder wurde die Erkrankte / der Erkrankte nachversichert?

Name des Rentenversicherungsträgers _____ von - bis _____

nein ja

10.2 Bezieht die Erkrankte / der Erkrankte eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?

Name des Rentenversicherungsträgers _____ Versicherungsnummer _____

nein ja

10.3 Übt die Erkrankte / der Erkrankte eine Beschäftigung aus, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

Name und Anschrift des Dienstherrn oder des Trägers der Versorgungslast _____

nein ja

10.4 Sind bei der Erkrankten / dem Erkrankten Gesundheitsstörungen anerkannt worden als

- Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls,
- Berufskrankheit,
- Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung,
- Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivillist,
- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,
- Verfolgtenleiden,
- Impfschaden?

Von welcher Stelle? _____ Aktenzeichen _____

nein ja

Welche Gesundheitsstörungen? _____

Hat die Erkrankte / der Erkrankte aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle? _____

nein ja

10.5 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit** bei der Erkrankten / dem Erkrankten ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein ja, Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Formular R870) bitte beifügen.

Sind **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

am _____ bei welcher Stelle? _____ Aktenzeichen _____

nein ja

10.6 Hat die Erkrankte / der Erkrankte **in den letzten 4 Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?

Von welcher Stelle zuletzt? _____ Aktenzeichen _____

nein ja

von - bis _____

11 Ergänzende Angaben zum Kind (nur ausfüllen, wenn eine Kinderrehabilitation beantragt wird)

- eigenes Kind
 in den Haushalt aufgenommenes Stiefkind oder Pflegekind Enkel, Bruder oder Schwester, wenn in den Haushalt aufgenommen oder überwiegend unterhalten

Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn das Kind mindestens 18 Jahre alt ist

Das Kind

- befindet sich in Schulausbildung oder Studium Bitte Schulbescheinigung oder Studienbescheinigung beifügen!
- befindet sich in Berufsausbildung Bitte Kopie des Ausbildungsvertrages beifügen!
- leistet ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr Bitte Bescheinigung des zuständigen Trägers beifügen!
- ist wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande, sich selbst zu unterhalten Bitte Nachweis über die Behinderung beifügen!

12 Angaben über die Versicherte / den Versicherten

12.1 Hat die Versicherte / der Versicherte Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

- nein ja

12.2 Hat die Versicherte / der Versicherte Beiträge zur Rentenversicherung im Ausland gezahlt?

- nein ja
Staat

12.3 Übt die Versicherte / der Versicherte derzeit eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aus?

- nein ja Formular G205 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für nichtversicherte Angehörige bei grenzüberschreitenden Fällen) bitte beifügen!

12.4 Übt die Versicherte / der Versicherte eine Beschäftigung aus, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

- nein ja

13 Bankverbindung

IBAN (International Bank Account Number)

D E

Geldinstitut (Name, Ort)

BIC (Bank Identifier Code)

Kontoinhaberin / Kontoinhaber

14 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzchrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)
- als Hörmedium (Kassette)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

15 Erklärung und Information der Versicherten / des Versicherten und der Erkrankten / des Erkrankten oder des gesetzlichen Vertreters (Nicht Zutreffendes streichen)

15.1 Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) beziehungsweise der §§ 116 / 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

15.2 Information

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Abs. 2 Nr. 1 in Verbindung mit § 69 SGB X.

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

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

Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (zum Beispiel Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

15.4 Ermächtigung

Ich ermächtige den Rentenversicherungsträger hiermit widerruflich, eine nach § 32 SGB VI gegebenenfalls zu leistende Zuzahlung von dem unter Ziffer 13 des Antrages angegebenen Konto abzubuchen, falls die Rehabilitationseinrichtung den Zuzahlungsbetrag nicht bereits eingezogen hat.

16 Unterschrift

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift eines eventuell Bevollmächtigten nicht ausreichend.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Unterschrift der Erkrankten / des Erkrankten oder der gesetzlichen Vertretung

17 Bestätigung der Krankenkasse der Erkrankten / des Erkrankten

- wird von der Krankenkasse ausgefüllt, sofern die Antragstellung über die Krankenkasse erfolgt -
(entfällt bei privater Krankenversicherung)

Name der Krankenkasse		Institutionskennzeichen	
Die Erkrankte / Der Erkrankte ist <input type="checkbox"/> pflichtversichert		<input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert	
Wurden für die Erkrankte / den Erkrankten in den letzten 4 Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 SGB V (ambulante Rehabilitationsleistungen), § 40 Abs. 2 SGB V (stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung) oder § 41 Abs. 1 SGB V (Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes) durchgeführt oder bezuschusst (§ 12 Abs. 2 SGB VI)?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Art und Zeitraum der Leistung	
Anmerkung Nicht anzugeben sind ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 2 und 4 SGB V) und Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 Abs. 1 SGB V).			
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift			
		Datum	