

8. An den zuständigen Träger

(siehe Ziffer 1.2)

Hiermit wird der Antrag auf Leistungen in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) übersandt. Die nach der Empfehlungsvereinbarung erforderlichen Gutachten bzw. Arztbriefe

- des bisher behandelnden psychiatrischen Krankenhauses oder der bisher behandelnden psychiatrischen Abteilung eines Allgemein-Krankenhauses oder in Ausnahmefällen des bisher behandelnden Psychiaters
- der voraussichtlich aufnehmenden RPK

sind beigelegt.

Sonstige ärztliche Gutachten und Befundberichte

liegen nicht vor sind beigelegt

Datum, Unterschrift, Stempel der RPK - Einrichtung

Nach Eingang des Antrages von der Krankenkasse auszufüllen zur eventuellen Abgabe an den Rentenversicherungsträger.

9. Bescheinigung der Krankenkasse

9.1 Name und Anschrift des letzten Arbeitgebers	
9.2 Beitragsleistung* zur gesetzlichen Rentenversicherung letzter Beitrag (Monat/Jahr) <small>*ausgenommen sind Beiträge nach § 170 SGB VI</small>	
zur <input type="checkbox"/> Deutschen Rentenversicherung Bund <input type="checkbox"/> Deutschen Rentenversicherung _____	
9.3 War der Versicherte in den der Antragstellung vorausgegangenen 24 Kalendermonaten wenigstens 6 Kalendermonate versicherungspflichtig beschäftigt? (Angabe, soweit möglich)	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, <input type="text" value="von/bis"/>	
9.4 War der Antragsteller in den letzten 3 Jahren arbeitsunfähig? (jeweilige Diagnose)*	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text" value="von/bis"/>	
Ist der Antragsteller z.Z. arbeitsunfähig?	Bezieht der Antragsteller Krankengeld?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit _____ tgl. €
9.5 Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	
<input type="text" value="Institutionskennzeichen"/>	Datum

* ggf. gesondertes Blatt benutzen

Antrag auf Leistungen in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)

Eingangsstempel	
Krankenkasse	Rentenversicherungsträger
Raum für trägerinterne Angaben	

Antrag bitte nur mit Schreibmaschine oder in Druckschrift ausfüllen! Zutreffendes

Hinweis

Die Beantwortung der Fragen ist erforderlich, damit über ihren Antrag entschieden werden kann.

Ihre Mitwirkungspflicht und deren Umfang ergeben sich aus den §§ 60 ff. des Sozialgesetzbuches Allgemeiner Teil (SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§66 SGB I).

1. Angaben zur Person

Rentenversicherungsnummer: _____

Vor(Ruf)name und Vorsatzwörter (z.B. von)			
1.1 Familienname		Geburtsname	
Geburtsname		früher geführter Name	
Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
		männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>
Straße und Hausnummer			telefonisch zu erreichen
Postleitzahl	Wohnort	Bahnstation	Land-(Stadt-)Kreis
1.2 Der Antragsteller ist bei folgender Krankenkasse versichert:			
Name und Anschrift der Krankenkasse/Geschäftsstelle			Mitglieds-Nr.
1.3 Der Antragsteller ist			
pfl.-vers.	freiw. vers.	Renten-Antragsteller	Rentner
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Fam. Vers.
			<input type="checkbox"/>
			*Personalien des Mitglieds: Name, Vorname, Geburtsdatum

2. Angaben zum Familienstand und zum Beruf

2.1 Familienstand			
<input type="checkbox"/> [0] ledig	<input type="checkbox"/> [1] verheiratet	<input type="checkbox"/> [2] geschieden	<input type="checkbox"/> [3] verwitwet
2.2. Zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)			
2.3 Derzeitige Stellung im Berufs-/Erwerbsleben			
<input type="checkbox"/> [0] nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> [1] Auszubildender (Lehrling, Anlernling Praktikant, Volontär, Student, usw.)	<input type="checkbox"/> [2] ungelernter Arbeiter, der nicht als Facharbeiter tätig ist	
<input type="checkbox"/> [3] angelernter Arbeiter im anerkannten Anlernberuf	<input type="checkbox"/> [4] Facharbeiter	<input type="checkbox"/> [5] Meister, Polier	
<input type="checkbox"/> [6] Angestellter	<input type="checkbox"/> [7] Beamter o.ä.	<input type="checkbox"/> [8] Selbständiger	
2.4 Arbeit vor Antragstellung <u>oder</u> vor Arbeitsunfähigkeit			
<input type="checkbox"/> [0] nicht erwerbstätig oder länger als 12 Monate arbeitsunfähig krank (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 unter 20 Wochenstunden	<input type="checkbox"/> [5] Teilzeitarbeit 20 Wochenstunden und mehr	
<input type="checkbox"/> [6] ausschließlich Hausfrauentätigkeit	<input type="checkbox"/> [7] arbeitslos im Sinne des SGB III (Arbeitsförderung)	<input type="checkbox"/> [8] Heimarbeit	
		<input type="checkbox"/> [9] Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen	

2.5 Anzahl früherer stationärer Heilbehandlungen durch einen Rentenversicherungsträger _____ oder durch _____

2.6 Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?
 [0] nein [1] ja Integrationsamt / Aktenzeichen

2.7 Stehen Sie in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder erhalten Sie Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?
 nein ja Name und Anschrift des Dienstherrn bzw. Träger der Versorgungslast

3. Angaben über die Beitragsleistung zur Rentenversicherung _____ VSNR

3.1 Haben Sie Beiträge entrichtet zur

	nein	ja	von/bis
Deutsche Rentenversicherung Bund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Deutsche Rentenversicherung _____ _____ (Land angeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knappschaft Bahn See	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
landwirtschaftlichen Alterskasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sozialversicherung außerhalb des Bundesgebietes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

in welchem Land _____

3.2. Sind Ihnen Rentenversicherungsbeiträge erstattet worden?
 nein ja im Jahre _____ Rentenversicherungsträger _____

3.3 Wurde eine Ehe nach dem 30.06.77 aufgelöst und ist hierbei über den Versorgungsausgleich (Übertrag oder Begründung von Anwartschaften in der Gesetzlichen Rentenversicherung) entschieden worden?
 nein ja Name des Versicherungsträgers, der in der Entscheidung des Familiengerichtes genannt ist

3.4 Haben Sie Anspruch auf eine Nachversicherung nach § 8 SGB VI?
 nein ja Gegenüber welcher Seite _____

3.5 Haben Sie Kinder erzogen?
 nein (bitte weiter bei Frage 4.1)
 ja Geburtsdaten der Kinder
- Weitere Beantwortung nur, wenn Kinder vor dem 01.01.84 geboren wurden -

3.6 Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten geltend gemacht?
 nein
 ja, und zwar für mich meinen Ehegatten eine andere Person (Adoptiv-, Stief-, Pflegemutter bzw. -vater)
bei (bitte Rentenversicherungsträger eintragen)

4. Bezug von Renten, Leistungen nach dem SGB III (Arbeitsförderung)

4.1. Beziehen Sie aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung oder Altershilfe für Landwirte eine Versicherungsrente?
 nein ja Versicherungsanstalt _____ Renten-(Akten-)Zeichen _____

Haben Sie einen Antrag gestellt?
 nein ja bei welcher Stelle _____

<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente/ vorzeitiges Altersgeld	<input type="checkbox"/> Alterruhegeld bzw. Altersgeld	<input type="checkbox"/> Bergmannsrente/ Knappschaftsausgleichsleistung
--	---	--

Beabsichtigen Sie, in den nächsten 6 Monaten Alterruhegeld (auch vorgezogenes Altersruhegeld) zu beantragen?
 nein ja

4.2 Beziehen Sie eine Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung?
 nein ja Rentenbeginn _____ Unfallversicherungsträger _____ Renten-(Akten-)Zeichen _____

Haben Sie einen Antrag gestellt?
 nein ja Bei welcher Stelle _____

4.3 Beziehen Sie Arbeitslosengeld I Beziehen Sie sonstige Leistungen nach dem SGB III?
 nein ja nein ja

Beziehen Sie Arbeitslosengeld II wenn ja, welche?
 nein ja

5. Sonstige Angaben

5.1 Sind Leiden als Folge von Kriegseinwirkung, Wehr- oder Zivildienstbeschäftigung, als Folge eines Arbeitsunfalls, als Berufskrankheit, als Verfolgungsleiden nach dem Bundesentschädigungsgesetz, als Impfschäden oder als Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über Entschädigung für Opfer von Gewalttaten anerkannt worden?
 nein ja von welcher Stelle _____ Aktenzeichen _____

Haben Sie einen Antrag gestellt?
 nein ja Bei welcher Stelle _____ Aktenzeichen _____

5.2 Sind Leiden als Folge einer durch Dritte verursachten Körperverletzung bzw. Krankheit (z.B. eines Verkehrsunfalls, eines sonstigen Unfalls, einer Ansteckung)?
 nein ja

Haben Sie Schadensersatzansprüche geltend gemacht?
 nein ja Bei welcher Stelle _____

6. Zahlungsempfänger bei Überweisung

Bank/Sparkasse/Postamt	Kontonummer	Bankleitzahl
Anschrift	Kontoinhaber	

7. Erklärung des Versicherten

7.1 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß nach besten Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Gewährung von Leistungen ausschließen können.

Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (z.B. Leistungen aus der gesetzlichen Renten-, Unfall- und Krankenversicherung, nach dem Sozialgesetzbuch SGB XII, nach dem Bundesversorgungsgesetz usw.) dem Leistungsträger sofort mitzuteilen.

Mit der Auszahlung einer etwaigen Barleistung (Kranken- oder Übergangsgeld) an meine Familienangehörigen bin ich einverstanden.

Den Hinweis auf Seite 1 des Antrags habe ich zur Kenntnis genommen.

7.2 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ärztliche und psychologische Untersuchungsunterlagen von den Stellen und Ärzten angefordert werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus eingereichten Unterlagen ersichtlich sind. Ferner verpflichte ich mich, solche ärztlichen Untersuchungen, die während des Verfahrens von einer anderen Stelle veranlasst werden, bekannt zu geben. Dazu gehören auch Aufenthalte in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte. Mit meiner Bekanntgabe erkläre ich mich bereit, dass auch von diesen Stellen Unterlagen angefordert werden können.

7.3 Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben z.B. einen anderen Gutachter oder an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) auch für deren gesetzlichen Aufgaben offenbart werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i.V.m. § 76 Abs.2 SGB X);
- ich dem jedoch widersprechen kann;
- bei einem Widerspruch aber die Folgen fehlender Mitwirkung eintreten können (§ 66 SGB I)

_____ _____
Ort / Datum Unterschrift