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 SGBI).

1. Angaben zur Person Rentenversicherungsnummer:_____

1.1 Familienname (Vor(Ruf)name und Vorsatzwörter (z.B. von))			
Geburtsname		früher geführter Name	
Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht männlich ☐ weiblich ☐	Staatsangehörigkeit
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

*Personalien des Mitglieds: Name, Vorname, Geburtsdatum

pflicht-vers.	freiw. vers.	Renten-Antragsteller	Rentner	Fam. Vers.
☐	☐	☐	☐	☐

2. Angaben zum Familienstand und zum Beruf

2.1 Familienstand ☐ [0] ledig ☐ [1] verheiratet ☐ [2] geschieden ☐ [3] verwitwet

2.2. Zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)

2.3 Derzeitige Stellung im Berufs-/Erwerbsleben

☐ [0] nicht erwerbstätig	☐ [1] Auszubildender (Lehrling, Anlernling Praktikant, Volontär, Student, usw.)	☐ [2] ungelernter Arbeiter, der nicht als Facharbeiter tätig ist
☐ [3] angelernter Arbeiter im anerkannten Anlernberuf	☐ [4] Facharbeiter	☐ [5] Meister, Polier
☐ [6] Angestellter	☐ [7] Beamter o.ä.	☐ [8] Selbständiger

2.4 Arbeit vor Antragstellung <u>oder vor Arbeitsunfähigkeit</u>

☐ [0] nicht erwerbstätig oder länger als 12 Monate arbeitsunfähig krank (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft)	☐ [1] Ganztagsarbeit ohne Wechselschicht/ Akkord/Nachtschicht	☐ [2] Ganztagsarbeit mit Wechselschicht/ Akkord
☐ [3] Ganztagsarbeit mit Nachtschicht	☐ [4] Teilzeitarbeit unter 20 Wochenstunden	☐ [5] Teilzeitarbeit 20 Wochenstunden und mehr
☐ [6] ausschließlich Hausfrauentätigkeit	☐ [7] arbeitslos im Sinne des SGB III (Arbeitsförderung)	☐ [8] Heimarbeit ☐ [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?

Name und Anschrift des Dienstherrn bzw. Träger der Versorgungslast

☐ nein ☐ ja

3. Angaben über die Beitragsleistung zur Rentenversicherung _____VSNR

3.1 Haben Sie Beiträge entrichtet zur	nein	ja	von/bis
Deutsche Rentenversicherung Bund	☐	☐	_____
Deutsche Rentenversicherung _____	☐	☐	_____
_____ (Land angeben)			
Knappschaft Bahn See	☐	☐	_____
landwirtschaftlichen Alterskasse	☐	☐	_____
Sozialversicherung außerhalb des Bundesgebietes	☐	☐	_____
			in welchem Land _____

3.2. Sind Ihnen Rentenversicherungsbeiträge erstattet worden?

im Jahre Rentenversicherungsträger

☐ nein ☐ ja

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

Name des Versicherungsträgers, der in der Entscheidung des Familiengerichtes genannt ist

☐ nein ☐ ja

3.4 Haben Sie Anspruch auf eine Nachversicherung nach § 8 SGB VI

Gegenüber welcher Seite

☐ nein ☐ ja

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?

Versicherungsanstalt Renten-(Akten-)Zeichen

☐ nein ☐ ja _____

☐ Erwerbsminderungsrente/ vorzeitiges Altersgeld ☐ Alterruhegeld bzw. Altersgeld ☐ Bergmannsrente/ Knappschaftsausgleichsleistung

Haben Sie einen Antrag gestellt?

bei welcher Stelle

☐ nein ☐ ja _____

☐ Erwerbsminderungsrente/ vorzeitiges Altersgeld ☐ Alterruhegeld bzw. Altersgeld ☐ 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?

Rentenbeginn | Unfallversicherungsträger | Renten-(Akten-)Zeichen

☐ nein ☐ ja _____

Haben Sie einen Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle

☐ nein ☐ ja

4.3 Beziehen Sie Arbeitslosengeld I

☐ nein ☐ ja

Beziehen Sie Arbeitslosengeld II

☐ nein ☐ ja

Beziehen Sie sonstige Leistungen nach dem SGB III?

☐ nein ☐ ja

wenn ja, welche?

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?

von welcher Stelle | Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja _____

Haben Sie einen Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle | Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja

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

☐ nein ☐ ja

Haben Sie Schadensersatzansprüche geltend gemacht?

Bei welcher Stelle

☐ nein ☐ ja

6. Zahlungsempfänger bei Überweisung

Bank/Sparkasse/Postamt	IBAN	BIC
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