Vorgangsweise Anträge Rentenversicherung

Bei Erstversorgung:

Benötigte Unterlagen:

vom Facharzt* auszufüllen:

Befundbericht GXA 705

vom Kunden auszufüllen:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe G0100
- Anlage zum Antrag auf Leistungen am Arbeitsleben G0133

vom Arbeitgeber auszufüllen:

- Notwendigkeitsbescheinigung G0134

Bei Folgeversorgung:

sofern bish.Tätigkeit bei demselben Arbeitgeber ausgeübt wird

Benötigte Unterlagen:

ausführliches Rezept vom Facharzt*

vom Kunden und Arbeitgeber auszufüllen:

- Antrag auf Folgeversorgung ... G0135

Bei Folgeversorgung:

bei Änderung der Tätigkeit oder des Arbeitgebers

Benötigte Unterlagen:

ausführliches Rezept vom Facharzt*

vom Kunden auszufüllen:

- Anlage zum Antrag auf Leistungen am Arbeitsleben G0133

vom Arbeitgeber auszufüllen:

- Notwendigkeitsbescheinigung G0134

Formulare ausgefüllt zurück an die Firma Wirth
(Kunde)

Kostenvoranschlag erstellen + zuschicken der Formulare an die Deutsche Rentenversicherung
(Firma Wirth)

Zusendung des Bescheides an den Kunden
(Deutsche Rentenversicherung)

Weiterleiten des Bescheides an die Firma Wirth
(Kunde)

Anfertigung der orthopädischen Ausstattung
(Firma Wirth)

Abholen und Anprobe der orth. Ausstattung bei der Firma Wirth
(Kunde)

QSOT

* Facharzt = Orthopäde, Diabetologe oder Rheumatologe

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben - Kostenübernahme für Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind

G0133

Name, Vorname	Geburtsdatum

Hinweis: Der Antrag ist vor dem Kauf beziehungsweise vor der verbindlichen Bestellung zu stellen.

Haben Sie das Hilfsmittel beziehungsweise die technische Arbeitshilfe verbindlich bestellt oder bereits gekauft?

☐ nein ☐ ja

1 Beantragte Leistung

Orthopädische Ausstattung von Fußschutz / Arbeitsschuhen
Hinweis: Handelt es sich um einen Folgeantrag, bitte Formular G0135 verwenden!

☐ maßgefertigte Einlagen ☐ Maßschuhe
☐ Zurichtungen ☐ semiorthopädische Schuhe / Modulschuhe

bitte Ziffer 2 und 5 bis 10 ausfüllen!

☐ Mehrbedarf bei Hörhilfen

bitte Ziffer 3 beachten und Ziffern 5 bis 10 ausfüllen!

☐ Sonstige Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen

bitte Ziffer 4 beachten und Ziffern 5 bis 10 ausfüllen!

Art: _____

2 Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz / für Arbeitsschuhe sind folgende Fragen zu beantworten:

Müssen Sie auch außerhalb des Arbeitsplatzes Schuhe mit orthopädischer Ausstattung tragen?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja: Werden die Kosten dafür gegebenenfalls von Ihrer Krankenkasse, der Berufsgenossenschaft oder von anderen Kostenträgern übernommen?

Von welcher Stelle?

☐ nein ☐ ja _____

Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja: Hatten Sie schon einmal Geschwüre oder offene Stellen an den Füßen?

☐ nein ☐ ja

G0133-00 DRV
Version 04004 - AGDR 3/2018 - Stand 11.10.2018

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **2**

Haben Sie Gefühlsstörungen an den Füßen?

☐ nein ☐ ja

Sind bei Ihnen Durchblutungsstörungen der Beine bekannt?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja: Hatten Sie schon einmal Geschwüre oder offene Stellen an den Füßen?

☐ nein ☐ ja

Sind Sie schon einmal an den Füßen operiert worden?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, weshalb?

Diesem **Antrag** sind folgende Unterlagen beizufügen**:**

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
- Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers (Formular G0134)
- Befundbericht eines Orthopäden, Diabetologen oder Rheumatologen
- Angebot eines Orthopädieschuhmachers
  - Trittspur auf Blaupapier mit Fußmaßen oder Nachweis in einer vergleichbaren Bildgebung
  - bei Diabetesversorgungen oder orthopädischen Maßschuhen zusätzlich Foto der Füße und Befundbogen eines Orthopädieschuhmachers

3 Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für einen Mehrbedarf bei Hörhilfen sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
- Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe (Vorderseite und Rückseite)
- Kostenvoranschlag und der Anpassbericht des Hörgeräteakustikers

4 Bei einem Antrag auf Kostenübernahme für sonstige Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte (Formular G0100)
- Fachärztliche Empfehlung mit Begründung und konkreter Diagnose
- Kostenvoranschlag mit ausführlicher Funktionsbeschreibung

5 Arbeitsplatzbeschreibung (Tätigkeit, die zurzeit verrichtet wird)

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Art des Betriebs (zum Beispiel Druckerei, Kfz-Werkstatt, Einzelhandel)

genaue Tätigkeit (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester)

Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet

☐ nein ☐ ja, bis _____

Das Beschäftigungsverhältnis ist gekündigt

☐ nein ☐ ja, zum _____

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **5**

Arbeitshaltung

	ständig	überwiegend	zeitweise
stehend	☐	☐	☐
gehend	☐	☐	☐
sitzend	☐	☐	☐
gebückt	☐	☐	☐
Arme über Brusthöhe	☐	☐	☐
kniend / hockend	☐	☐	☐
auf Gerüsten / Leitern	☐	☐	☐

Heben / Tragen

Art der Lasten:

Gewichte häufig bis kg gelegentlich bis kg

Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?

☐ nein ☐ ja, folgende

weitere Bemerkungen

Arbeitsorganisation

Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche

☐ Ganztagsarbeit
☐ Teilzeitarbeit
☐ andere Arbeitszeitmodelle

☐ regelmäßige Frühschicht / Spätschicht
☐ regelmäßige Dreischicht
☐ nur Nachtschicht
☐ starrer maschinengebundener Arbeitstakt
☐ Einzelakkord ☐ Gruppenakkord

Beschreibung

Arbeitsweise

☐ Außendienst zu _____ %

☐ Innendienst zu _____ %

Äußere Einflüsse

☐ Kälte, Zugluft, Nässe
☐ Hitze
☐ starke Staubentwicklung
☐ Rauchentwicklung
☐ starker Lärm
☐ Lärmschutz muss getragen werden
☐ Erschütterungen / Vibrationen
☐ Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?

☐ hautreizende Stoffe, welche?

☐ atemwegsreizende Stoffe, welche?

☐ überwiegend im Freien
☐ überwiegend in Rohbauten
☐ überwiegend witterungsgeschützt

Berufliches Kraftfahren

☐ Pkw
☐ Lkw
☐ Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge
☐ Personenbeförderung
☐ Gefahrguttransport

Sonstiges

☐ außerordentliche Konzentration erforderlich
☐ überwiegend Bildschirmarbeit
☐ besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)

6 Gesundheitliche Probleme

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **6**

Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?

☐ nein ☐ ja

Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen	seit

7 Arztbehandlungen

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?

Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

8 Begutachtungen

Sind Sie in den letzten 12 Monaten vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, von der Agentur für Arbeit oder von einer anderen Stelle begutachtet worden?

☐ nein ☐ ja, wann und von welcher Stelle?

9 Betriebsarzt / Werksarzt

Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?

☐ nein ☐ ja, wegen _____

Ist ein Betriebsarzt / Werksarzt vorhanden?

Name, Anschrift und Telefon des Betriebsarztes / Werksarztes

☐ nein ☐ ja _____

Ich bin damit einverstanden, dass sich der Rentenversicherungsträger mit dem Betriebsarzt / Werksarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und gegebenenfalls weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).

☐ nein ☐ ja

10 Bereits gestellte Anträge

Haben Sie aktuell einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem anderen Leistungsträger gestellt (zum Beispiel Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft, Integrationsamt)?

Name und Anschrift des Leistungsträgers — Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja _____

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

G0133-00 DRV
Version 04004 - AGDR 3/2018 - Stand 11.10.2018

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers zum Tragen von Fußschutz (hier Sicherheitsschuhe nach DIN EN ISO 20345) oder von Arbeitsschuhen

G0134

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten	Geburtsdatum

1 Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet

☐ nein ☐ ja, bis

Das Beschäftigungsverhältnis ist gekündigt

☐ nein ☐ ja, zum

Die Versicherte / der Versicherte ist verpflichtet, am Arbeitsplatz aufgrund geltender Unfallverhütungsvorschriften

☐ Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) zu tragen.

☐ nein ☐ ja

☐ Arbeitsschuhe zu tragen. (Beantwortung von Ziffer 2 nicht erforderlich)

☐ nein ☐ ja

2 **Sicherheitsschuhe** sind demnach - entsprechend dem Gefährdungsrisiko der Versicherten / des Versicherten am Arbeitsplatz - in folgender Ausführung notwendig: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Schuhform:

☐ A	Halbschuh
☐ B	Stiefel niedrig
☐ C	Stiefel halbhoch
☐ D	Stiefel hoch
☐ E	Stiefel oberschenkelhoch

Klassifizierung I Schuhe aus Leder oder anderen Materialien, mit Ausnahme von Vollgummischuhen oder Gesamtpolymerschuhen

Kategorie	**Schutzfunktion**
☐ SB	Schuhe mit Zehenkappe 200 Joule
☐ S1	zusätzlich: Geschlossener Fersenbereich, Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
☐ S2	wie S1, zusätzlich: Wasserdurchtritt, Wasseraufnahme
☐ S3	wie S2, zusätzlich: Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle

G0134-00 DRV
V002 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **2**

Klassifizierung II	Schuhe vollständig geformt oder vulkanisiert (Gummistiefel, Polymerstiefel für den Nassbereich)
Kategorie	**Schutzfunktion**
☐ S4	Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
☐ S5	wie S4, zusätzlich: Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle

Notwendige Zusatzanforderungen nach DIN EN ISO 20345

Symbol	**Anforderung**
☐ P	Durchtrittsicherheit
☐ A	Antistatische Schuhe
☐ HI	Wärmeisolierung
☐ CI	Kälteisolierung
☐ E	Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
☐ WRU	Wasserdurchtritt und Wasseraufnahme
☐ HRO	Verhalten gegenüber Kontaktwärme

3 Kosten für Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) / Arbeitsschuhe

Die Kosten für ein Paar Sicherheitsschuhe ohne orthopädische Ausstattung in der oben genannten Ausführung betragen

_____ EUR einschließlich Mehrwertsteuer.

Die Kosten für ein Paar Arbeitsschuhe ohne orthopädische Ausstattung betragen

_____ EUR einschließlich Mehrwertsteuer.

4 Nur bei Folgeanträgen (Ersatzbeschaffungen) angeben:

Die von der Versicherten / dem Versicherten bisher genutzten Sicherheitsschuhe oder Arbeitsschuhe sind

☐ weiter gebrauchsfähig.

☐ nicht weiter gebrauchsfähig.

_____ Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

_____ Telefonnummer für eventuelle Rückfragen

G0134-00 DRV
V002 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015