



## 2. Angaben zum Beruf/Stellung im Erwerbsleben

**2.1 Zuletzt ausgeübter Beruf/Erwerbstätigkeit**  
(möglichst genaue Bezeichnung) \_\_\_\_\_

**2.2 Derzeitige Stellung im Beruf/Erwerbsleben**

<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> 1 Auszubildende/Auszubildender (auch Praktikanten, Studenten)	<input type="checkbox"/> 2 ungelernete Arbeitskraft
<input type="checkbox"/> 3 Facharbeitskraft	<input type="checkbox"/> 4 Meisterin/Meister	<input type="checkbox"/> 5 Angestellte/Angestellter
<input type="checkbox"/> 6 Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> 7 selbständig	

## 3. Arbeit vor Antragstellung

<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (nicht ausfüllen, wenn 6 oder 7 zutrifft)	<input type="checkbox"/> 1 Ganztagsarbeit <b>ohne</b> Wechselschicht/Akkord/Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 2 Ganztagsarbeit <b>mit</b> Wechselschicht/Akkord
<input type="checkbox"/> 3 Ganztagsarbeit mit Nachtschicht	<input type="checkbox"/> 4 Teilzeitarbeit ( <b>weniger</b> als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit)	<input type="checkbox"/> 5 Teilzeitarbeit ( <b>mindestens</b> die Hälfte der üblichen Arbeitszeit)
<input type="checkbox"/> 6 Ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau oder Hausmann	<input type="checkbox"/> 7 arbeitslos im Sinne Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III)	<input type="checkbox"/> 8 Heimarbeit
<input type="checkbox"/> 9 Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen	<input type="checkbox"/> 10 Leistungsbezug nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II)	

## 4. Krankenkasse

Name und Anschrift der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Sind Sie familienversichert? Wenn ja, bitte Namen und Geburtsdatum des Mitgliedes angeben: \_\_\_\_\_

Besteht z. Z. Arbeitsunfähigkeit?  nein  ja - seit wann? \_\_\_\_\_

## 5. Behandelnde Ärzte

Name, Anschrift, Fachrichtung	
1. _____	Tel.-Nr. _____
Name, Anschrift, Fachrichtung	
2. _____	Tel.-Nr. _____
Name, Anschrift, Fachrichtung	
3. _____	Tel.-Nr. _____
Name, Anschrift, Fachrichtung	
4. _____	Tel.-Nr. _____

## 6. Angaben zu Berufsgenossenschaft und Rentenversicherungsträger

6.1 Zuständige Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_

6.2 Derzeitig zuständiger Rentenversicherungsträger: \_\_\_\_\_

Haben Sie außer an Ihren derzeitigen Rentenversicherungsträger auch Beiträge an einen anderen Rentenversicherungsträger oder zur landwirtschaftlichen Altershilfe entrichtet?  
Zu welcher Stelle? (z.B. Knappschaft-Bahn-See)

nein  ja \_\_\_\_\_ von/bis: \_\_\_\_\_

### 7. Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

7.1 Beziehen Sie eine Rente ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen
7.2 Haben Sie Rente beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - wann und bei welchem Träger? _____
7.3 Beabsichtigen Sie, in den nächsten 6 Monaten Altersrente von wenigstens 2/3 der Vollrente zu beantragen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

### 8. Sonstige Angaben

8.1 Sind gesundheitliche Einschränkungen als Folge eines Arbeits- oder Wegeunfalls, als Berufskrankheit, als Folge von Wehr- oder Zivildienstbeschädigung, als Verfolgenreisenden, als Impfschaden oder als Folge einer Gewalttat anerkannt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - von welcher Stelle: _____ Haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bei welcher Stelle: _____
8.2 Sind Ihre gesundheitlichen Einschränkungen Folge einer durch Dritte verursachten Körperverletzung bzw. Krankheit (z.B. Verkehrsunfall, sonstiger Unfall, Ansteckung)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bitte Unfallfragebogen ausfüllen Haben Sie Schadensersatzansprüche geltend gemacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bei welcher Stelle: _____
8.3 Nur bei beruflicher Ersteingliederung zu beantworten: Werden Leistungen/Hilfen vom Jugendamt gewährt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bitte Kopie des Bescheides beifügen

### 9. Medizinische Leistungen vor Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Hat ein anderer Rehabilitationsträger in den letzten Jahren festgestellt, dass Leistung zur Rehabilitation (Heilbehandlung/präventive Leistungen) derzeit notwendig sind oder innerhalb der letzten 6 Monate notwendig waren?

nein  ja - welcher Rehabilitationsträger: \_\_\_\_\_

Sind Sie grundsätzlich bereit, an dieser Heilbehandlung und/oder Präventionsmaßnahme teilzunehmen?

nein  ja

### 10. Information der Antragstellerin/des Antragstellers

Daten, die die Bundesagentur für Arbeit im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von Ihnen beantragten Leistung erhalten hat, dürfen an einen anderen Sozialleistungsträger (z.B. Träger der Grundsicherung nach dem SGB II, Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) oder für eigene Aufgaben an einen sonstigen Dritten (beispielsweise einen anderen Gutachter) weitergegeben werden, falls dies erforderlich ist. Das ergibt sich aus § 76 in Verbindung mit § 69 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X). Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit und 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).

### 11. Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissenschaftlich falsche Angaben die Gewährung von Leistungen ausschließen können. Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (z.B. Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II, Leistungen aus der gesetzlichen Renten-, Unfall- und Krankenversicherung, sowie Leistungen nach dem SGB III, nach dem Bundessozialhilfegesetz, nach dem Bundesversorgungsgesetz usw.) dem zuständigen Rehabilitationsträger sofort mitzuteilen. Das Merkblatt 12 „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“ habe ich erhalten.

### 12. Einverständniserklärung zur Anforderung von ärztlichen Unterlagen

Die Ergebnisse ärztlicher und/oder psychologischer Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich meinem Rehabilitationsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

### Unterschrift

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der gesetzlichen Vertreter)

Bei Vertretung bitte Vollmacht/Bestellungsurkunde beifügen

# Zusatzfragebogen zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Eigene Angaben zur Person sowie zum schulischen und zum beruflichen Werdegang



3

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Name, Vorname - ggf. auch Geburtsname -		Geburtsort	Versicherungsnummer (falls unten nicht eingetragen)	
Straße, Postleitzahl, Wohnort				
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr. <input type="checkbox"/> gesch. seit		telefonisch zu erreichen unter	Kundennummer	

## 1. Schulausbildung

### 1.1 Besuchte Schule

	Schuljahre von - bis		Schuljahre von - bis
<input type="checkbox"/> Förder-/Sonderschule		<input type="checkbox"/> Fachschule	
<input type="checkbox"/> Hauptschule/Polytechn. Oberschule (8 Klassen)		<input type="checkbox"/> Fachoberschule	
<input type="checkbox"/> Realschule (Mitteisch./Polytechn. Oberschule (10 Klassen)		<input type="checkbox"/> Fachhochschule/Fach- oder Ingenieurschule	
<input type="checkbox"/> Gymnasium/Erweiterte Oberschule		<input type="checkbox"/> Hochschule/Universität	
<input type="checkbox"/> Berufsschule/Berufsfachschule/-aufbauschule			

### 1.2 Erreichte Schulabschlüsse bzw. Art der abgelegten Prüfungen

## 2. Berufsausbildung

### 2.1 Welche Berufsausbildung haben Sie erhalten?

Berufsausbildung als	vom/bis	Art der abgelegten Prüfung

### 2.2 Anlernberuf


2.3 Sind Sie bereits schon einmal umgeschult worden?  nein  ja

Wenn ja: Umschulungsberuf:

2.3.1 Aus welchen Gründen erfolgte die Umschulung? Wer war Kostenträger? Aktenzeichen?

### 2.3.2 Wo erfolgte die Umschulung?

2.3.3

Abgebrochene Berufsausbildung als	warum abgebrochen?	am

2.4 Teilnahme an Lehrgängen, Fernlehrgängen, Kursen  von - bis

### 2.5 Fremdsprachenkenntnisse (Sprache, Beherrschungsgrad)

## 3. Bisher ausgeübte Tätigkeiten

(bitte jede Tätigkeit so genau bezeichnen, dass Ihre besonderen Kenntnisse erkennbar sind)  
- Monats- und Jahresangaben genügen -

von	bis	Art der Tätigkeit

4. Name und Anschrift des derzeitigen bzw. des letzten Arbeitgebers

Firma	Anschrift
ggf. Gründe für die Aufgabe des letzten Beschäftigungsverhältnisses	
Dauer der Beschäftigung von - bis	

4.1 Wird eine Wieder- oder Weiterbeschäftigung beim letzten Arbeitgeber gewünscht? nein  ja

4.2 Zuletzt erzieltes Durchschnittseinkommen 

pro Woche	Euro
-----------	------

pro Monat	Euro
-----------	------

5. Arbeitssuchend gemeldet am 

bei Ag. für Arbeit	Arbeitslos gemeldet am
bei Ag. für Arbeit	bei Ag. für Arbeit

6.1 Als Schwerbehinderter anerkannt/ oder einem Schwerbehinderten gleichgestellt  nein  ja ggf. Grad der Behinderung

6.2 Besitzen Sie eine Wertmarke des Versorgungsamtes, mit der Sie öffentliche Nahverkehrsmittel benutzen können?  ja  nein

Geitungsdauer 

vom	bis
-----	-----

Können Sie die Wertmarke kostenlos erhalten?  ja  nein

7. Angaben über Ihre Beschäftigung/Tätigkeit, die Sie bei Antragstellung bzw. zuletzt ausgeübt haben

7.1 Art Ihrer Tätigkeit am Arbeitsplatz

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ständig stehend                     | <input type="checkbox"/> an laufenden Maschinen    | <input type="checkbox"/> Heben und Tragen von Lasten bis 7 kg                     |
| <input type="checkbox"/> gehend und stehend                  | <input type="checkbox"/> oft in gebückter Stellung | <input type="checkbox"/> Heben u. Tragen von Lasten über 7-20 kg                  |
| <input type="checkbox"/> ständig sitzend                     | <input type="checkbox"/> oft mit erhobenen Armen   | <input type="checkbox"/> Heben u. Tragen von Lasten über 20 kg                    |
| <input type="checkbox"/> im Wechsel von stehen/ gehen/sitzen | <input type="checkbox"/> oft kniend, hockend usw.  | <input type="checkbox"/> auf Gerüsten und Leitern                                 |
|  |  | <input type="checkbox"/> hautempfindliche Arbeiten                                |
|  |  | <input type="checkbox"/> Erfordernis von Schwindelfreiheit und Gleichgewichtssinn |

Art Ihrer Tätigkeit am Arbeitsplatz

- regelmäßig
- unregelmäßig
- halbtags
- Teilzeitarbeit, tägl. \_\_\_\_\_ Std. an \_\_\_\_\_ Tage(n) je Woche

Arbeitsweise

- Zweischicht
- Nachtschicht

- Fließbandakkord
- Einzelakkord bzw. Stückakkord
- Gruppenakkord

Äußere Einflüsse

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> EDV-Bildschirmarbeit             | <input type="checkbox"/> Nässe                      | <input type="checkbox"/> starke Staubeentwicklung                                      |
| <input type="checkbox"/> angestrengtes Sehen (Feinarbeit) | <input type="checkbox"/> Kälte                      | <input type="checkbox"/> belästigende Rauchentwicklung                                 |
| <input type="checkbox"/> Arbeit im Freien                 | <input type="checkbox"/> Hitze                      | <input type="checkbox"/> belästigende Gase oder Dämpfe                                 |
| <input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt  | <input type="checkbox"/> Zugluft                    | <input type="checkbox"/> chemische Einflüsse oder Allergie gegen bestimmte Materialien |
| <input type="checkbox"/> Arbeit in offenen Rohbauten o.ä. | <input type="checkbox"/> Druckluft                  |  |
| <input type="checkbox"/> Arbeit bei künstlichem Licht     | <input type="checkbox"/> starker Lärm (dauernd?)    |  |
|   | <input type="checkbox"/> starker Lärm (zeitweilig?) |  |

Sonstiges

- Verantwortung
- ständige Konzentration nötig
- Führungsaufgaben
- Anlagensteuerung (Überwachung)
- Auswärts-Montage
- Reisetätigkeit

- unregelmäßiges Essen
- Kantinenessen
- Diät nicht möglich

Fahren von Kraftfahrzeugen

- PKW
- LKW ohne Ladearbeiten
- LKW mit schweren Ladearbeiten
- sonstige Fahrzeuge
- Baumaschinenfahrer (Kran, Bagger, etc.)

7.2 Weitere Bemerkungen zu Ihrer Tätigkeit (z.B. besonders erschwerte Arbeitsbedingungen)

Name, Vorname, Kundennummer:

8. Warum glauben Sie, die bisherige Arbeit nicht mehr verrichten zu können (gesundheitlich bzw. andere Gründe)?  
– Beschwerden angeben – (Sofern dieser Raum für eine Begründung nicht ausreicht, ggf. zusätzliches Blatt verwenden)

9. Ist Rente wegen vermindernder Erwerbsfähigkeit (Rente wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/teilweiser oder voller Erwerbsminderung, Rente für Bergleute) beantragt bzw. bewilligt worden?

Falls ja:

nein  ja

beantragt bei:

bewilligt von:

Die vorstehenden Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht. Zur Nachprüfung meiner Angaben stelle ich auf Verlangen vorhandene Nachweise und Unterlagen zur Verfügung.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers