


# Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben



Bundesagentur für Arbeit

		Datum Antrag ausgehändigt:	Namenszeichen	Eingangsstempel (Agentur für Arbeit)		(anderer Rehabilitationsträger)
Org.-Zeichen/ Team-Kenn.	DKZ (letzte Tätigkeit)	Name des Beraters/Tel.Nr.		Hat die Krankenkasse Sie schriftlich aufgefordert, diesen Antrag zu stellen?		 3
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

**Hinweise:**

Sie stellen einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) - Neuntes Buch - SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen -

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Da es verschiedene Rehabilitationsträger gibt, kann Ihr Antrag im Zuge der Zuständigkeitserklärung an andere Rehabilitationsträger weitergeleitet – oder andere Rehabilitationsträger können am Verfahren beteiligt werden. Einige der gestellten Fragen dienen der Klärung, welcher Rehabilitationsträger für Sie zuständig ist. Wir bitten Sie deshalb, alle gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 - 65 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihres Antrags. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistungen ganz oder teilweise versagen können (§ 66 SGB I).

Bitte Versicherungsnummer angeben (falls hier nicht angegeben):

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

Bitte Zutreffendes ausfüllen oder ankreuzen  
und den Antrag in Ihrer Agentur für Arbeit einreichen

Zimmer-  
nummer:

**Bitte beachten Sie, dass Sie den Antrag stellen,  
bevor Aufwendungen entstehen oder Ausgaben anfallen!**

Beachten Sie bitte das Merkblatt 12!

**1. Personalien**

Name		Vorname		Geburtsname	
Geburtsdatum	Geburtsort		Geschlecht		Staatsangehörigkeit
Adresszusatz		Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort
E-Mail: (freiwillige Angabe)				Kundennummer	
telefonisch zu erreichen unter: (freiwillige Angabe) Festnetz:				Mobil:	

## 2. Angaben zum Beruf/Stellung im Erwerbsleben

<b>2.1 Zuletzt ausgeübter Beruf/Erwerbstätigkeit</b> (möglichst genaue Bezeichnung) _____		
<b>2.2 Derzeitige Stellung im Beruf/Erwerbsleben</b>		
0 nicht erwerbstätig	1 Auszubildende/Auszubildender (auch Praktikanten, Studenten)	2 ungelernete Arbeitskraft
3 Facharbeitskraft	4 Meisterin/Meister	5 Angestellte/Angestellter
6 Beamtin/Beamter	7 selbständig	

## 3. Arbeit vor Antragstellung

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

## 7. Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung

7.1 Beziehen Sie eine Rente ?

nein  ja - bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen

7.2 Haben Sie Rente beantragt?

nein  ja - wann und bei welchem Träger? \_\_\_\_\_

7.3 Beabsichtigen Sie, in den nächsten 6 Monaten Altersrente von wenigstens 2/3 der Vollrente zu beantragen?

nein  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?

nein  ja - von welcher Stelle: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

nein  ja - bei welcher Stelle: \_\_\_\_\_

8.2 Sind Ihre gesundheitlichen Einschränkungen Folge einer durch Dritte verursachten Körperverletzung bzw. Krankheit (z.B. Verkehrsunfall, sonstiger Unfall, Ansteckung)?

nein  ja - bitte Unfallfragebogen ausfüllen

Haben Sie Schadensersatzansprüche geltend gemacht?

nein  ja - bei welcher Stelle: \_\_\_\_\_

8.3 Nur bei beruflicher Ersteingliederung zu beantworten: Werden Leistungen/Hilfen vom Jugendamt gewährt?

nein  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 (Mittelsch./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

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

- ständig stehend
- gehend und stehend
- ständig sitzend
- im Wechsel von stehen/ gehen/sitzen

- an laufenden Maschinen
- oft in gebückter Stellung
- oft mit erhobenen Armen
- oft kniend, hockend usw.

- Heben und Tragen von Lasten bis 7 kg
- Heben u. Tragen von Lasten über 7-20 kg
- Heben u. Tragen von Lasten über 20 kg
- auf Gerüsten und Leitern
- hautempfindliche Arbeiten
- 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

- EDV-Bildschirmarbeit
- angestrengtes Sehen (Feinarbeit)
- Arbeit im Freien
- überwiegend witterungsgeschützt
- Arbeit in offenen Rohbauten o.ä.
- Arbeit bei künstlichem Licht

- Nässe
- Kälte
- Hitze
- Zugluft
- Druckluft
- starker Lärm (dauernd?)
- starker Lärm (zeitweilig?)

- starke Staubeentwicklung
- belästigende Rauchentwicklung
- belästigende Gase oder Dämpfe
- chemische Einflüsse oder Allergie gegen bestimmte Materialien

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)

[Empty box for providing reasons for inability to continue work]

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