

## Ausfüllen, abschicken, fertig.

Mit dieser Antragsvorlage können Sie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragen. Dazu müssen Sie einfach nur dieses Hilfsformular ausfüllen – aus Ihren Angaben erstellt sich dann automatisch ein Anschreiben, das Sie ausdrucken, unterschreiben und an den zuständigen Reha-Träger schicken können. Das Hilfsformular **NICHT** mitschicken.

### Empfänger

Rehabilitationsträger

Straße, Hausnummer

PLZ, Stadt

**i**

Je nach Zuständigkeit ist Ihr Reha-Träger die Deutsche Rentenversicherung, die Gesetzliche Unfallversicherung oder die Agentur für Arbeit.

### Antragsteller

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Stadt

Rentenversicherungs-  
oder Kundennummer

Datum

**i**

Tragen Sie hier Ihre 12-stellige Rentenversicherungsnummer ein. Sie finden diese auf Ihrem Sozialversicherungsausweis.

### Angaben zum Beruf

Zuletzt ausgeübte  
Erwerbstätigkeit

Aktuelle berufliche  
Situation

**i**

Hier geht es um den Bezugsberuf: Das ist in der Regel der, den Sie in den letzten Jahren sozialversicherungspflichtig ausgeübt haben.

### Angaben zur Erkrankung

Diagnose/Erkrankung

Wann wurde die  
Diagnose gestellt

**i**

Tragen Sie hier den Grund ein, weshalb Sie Ihren Beruf nicht mehr ausüben können.

### Sonstiges

Anmerkungen

Anlage

**i**

Möchten Sie dem Reha-Träger zusätzliche Angaben machen? Hier ist Platz.

**i**

Eine Anlage sollte z. B. eine medizinische/therapeutische Stellungnahme sein

Kundennummer:

Datum:

## **Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, da ich meine letzte Tätigkeit aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr ausüben kann. Um dauerhaft beruflich neu integriert zu werden, benötige ich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Meine zuletzt ausgeübte Tätigkeit ist:

Den genannten Beruf kann ich aufgrund der nachfolgenden Erkrankung(en) nicht mehr ausüben:

Die Diagnose wurde an folgendem Datum gestellt:

Sollten für Ihre Entscheidungsfindung weitere medizinische/therapeutische Stellungnahmen erforderlich sein, bin ich jederzeit bereit, meine Behandler/Therapeuten von der Schweigepflicht zu entbinden.

Dieser Antrag entspricht den Vorgaben des Verfahrens. Bitte erteilen Sie mir fristgerecht einen rechtsgültigen Bescheid, gegen den ich im Ablehnungsfall Widerspruch einlegen kann.

Freundliche Grüße

Anmerkung(en)

Anlage(n)