

3.7	Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Kur) oder zur Teilhabe am Arbeitsleben (Umschulung) erbracht worden?	Ort	Kostenträger, Aktenzeichen	vom - bis
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
3.8	Haben Sie zurzeit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Kur) oder zur Teilhabe am Arbeitsleben (Umschulung) beantragt?	bei welcher Stelle	Aktenzeichen	am
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
3.9	Wurde eine ärztliche Untersuchung veranlasst?	von welcher Stelle	Aktenzeichen	am
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
3.10	Haben Sie während des Rentenbezuges die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft beantragt?	am	bei welcher Stelle	Aktenzeichen
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Schwerbehindertenausweis, Anerkennungs- / Ablehnungsbescheid <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> liegt noch nicht vor
3.11	Beziehen Sie kurzfristiges Erwerbsersatz Einkommen (z. B. Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld, Insolvenzgeld, Entgeltsicherung für ältere Arbeitnehmer, Existenzgründungszuschuss / Überbrückungsgeld / Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit, Überbrückungsgeld der Seemannskasse, Übergangsleistung bei Maßnahmen gegen Berufskrankheiten, vergleichbare Leistungen von einer Stelle im Ausland) oder haben Sie eine der genannten Leistungen beantragt? Bitte auch dann beantworten, wenn die Leistung ruht oder Einkommen angerechnet wird.			
	<small>Bezugszeitraum vom - bis bzw. Antragsdatum, Art der Leistung, zahlende Stelle (Name, Anschrift, Aktenzeichen)</small>			
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
3.12	Sind Sie Abgeordneter oder stehen Sie in einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (z. B. als Minister)?			
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Abgeordneter	<input type="checkbox"/> Amtsverhältnis	
3.13	Erzielen Sie steuerrechtliche Gewinne (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit)?			
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

4 **Andere Leistungen** Bitte **alle** Fragen mit "nein" oder "ja" beantworten.

Art der Leistung	nein	ja	Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am, zahlende Stelle, Aktenzeichen
4.1 Krankengeld von einer Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2 Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II*, Sozialgeld*, Einstiegsgeld*, Eingliederungshilfe, Entgeltsicherung für ältere Arbeitnehmer, Unterhaltsgeld, Übergangsbemihilfe, Gründungszuschuss, Aufstockungsbeträge zum Arbeitsentgelt bei Altersteilzeitarbeit von der Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einer Arbeitsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<small>Art der Leistung</small>
4.3 Unterhaltshilfe nach dem Lastenausgleichsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.4 Versorgungsrente vom Versorgungsamt oder entsprechenden ausländischen Stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.5 Sozialhilfe*, Grundsicherung* vom Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<small>Art der Leistung</small>
4.6 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.7 Elterngeld von den Elterngeldstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.8 Sonstige Leistungen (z. B. Kriegsopferfürsorge, nach dem Unterhaltssicherungsgesetz, vom Träger der Zusatzversorgung im Schornsteinfegerhandwerk, von der Arbeitsgemeinschaft der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung in Bochum, Versorgungsleistungen nach § 9 AAÜG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<small>Art der Leistung</small>

* Die Angaben zum Arbeitslosengeld II, zum Sozialgeld und zum Einstiegsgeld (Ziffer 4.2) sowie zur Sozialhilfe und zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Ziffer 4.5) **sind auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigten Angehörigen** Leistungen nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuches - Grundsicherung für Arbeitsuchende - oder nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches - Sozialhilfe - erhalten oder erhalten haben.

5 **Krankenversicherung der Rentner (KVdR)**

	Besteht eine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen?
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	<small>Krankenkasse / Krankenversicherung (Name, Anschrift)</small>

6 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schrift- / Textdatei)
- als Hörmedium (Kassette)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

7 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wesentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenanspruchs bis zum Rentenbeginn

- eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen bzw. nach Arbeitsunfähigkeit wieder ausgeübt wird oder
- sich eine Änderung der Höhe des Arbeitsentgelts oder des Arbeitseinkommens / steuerrechtlichen Gewinns ergibt oder
- ein kurzfristiges Erwerbserdatzeinkommen beantragt oder gezahlt wird oder
- eine Leistung nach Ziffer 4 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

Einwilligungserklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich darin ein**, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) bzw. der §§ 116 / 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

Versicherung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich die gesundheitliche Beeinträchtigung meiner Erwerbsfähigkeit weder absichtlich herbeigeführt noch mir bei einer Handlung zugezogen habe, die nach strafgerichtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist.

Information der Antragstellerin / des Antragstellers

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir **medizinische Daten**, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Versorgungsämter oder Berufsgenossenschaften) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben **weitergeben dürfen**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (z. B. zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Abs. 2 Nr. 1 in Verbindung mit § 69 SGB X.

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit 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).

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Anlagen

Dienststempel

Datum, Unterschrift des Aufnehmenden