

Absender

Landesversicherungsanstalt
Rheinland-Pfalz

67340 Speyer

Unser Zeichen

Telefonnummer

Fax-Nummer

Datum

Ersuchen nach § 45 Abs. 1 SGB XII

Der / Die u. a. Antragsteller / in hat am einen Antrag auf Leistungen der Grundsicherung gestellt. Bezug nehmend auf § 45 Abs. 1 Satz 1 SGB XII bitten wir Sie zu prüfen, ob die Voraussetzungen des § 41 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII vorliegen. Die hierfür entstehenden Kosten und Auslagen werden nach der Vereinbarung zwischen den kommunalen Spitzenverbänden und dem VDR übernommen.

Dieses Ersuchen erfolgt im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens.

1. Angaben zur Person des / der Antragstellers / in

Name		Vorname	
Geburtsname		Telefonisch tagsüber zu erreichen	
Geburtsdatum <input type="text"/>	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit	
Geburtsort			
Rentenversicherungsnummer <input type="text"/>		Falls keine VSNR angegeben werden kann, bitte Fragen in Ziffer 1 unbedingt vollständig ausfüllen und bestätigen.	
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)			
Postleitzahl <input type="text"/>	Wohnort		
Der Antrag wird in Vertretung gestellt von		(Vollmacht oder Betreuerausweis bitte beifügen.)	
Name, Vorname / Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)			
In der Eigenschaft als <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter			
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		Telefonisch tagsüber zu erreichen	
Der / Die Antragsteller / in hat das 18. Lebensjahr vollendet und <input type="checkbox"/> bezieht keine Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit, Invalidität oder Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> hat einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung gestellt am <input type="text"/> bei <input type="text"/>			

2. **Der / Die Antragsteller / in macht folgende Gesundheitsstörungen geltend:**

Die Gesundheitsstörungen bestehen seit: _____

3. **Amtsärztliches Gutachten**

Amtsärztliches Gutachten ja bitte beifügen
nein

4. **Ärztliche Behandlung**

Arzt / Krankenhaus / Rehabilitationsklinik (Name, Anschrift, Tel.-Nr.) _____

Behandlung wegen _____ Wann: _____

Arzt / Krankenhaus / Rehabilitationsklinik (Name, Anschrift, Tel.-Nr.) _____

Behandlung wegen _____ Wann: _____

Befundbericht / ärztliches Gutachten ist / sind beigefügt.

5. **Schwerbehinderung**

nein ja Grad der Behinderung _____

Ärztliche Gutachten und der Bescheid vom Versorgungsamt sind beigefügt.

6. **Beschäftigungsübersicht**

Beschäftigung in einer geschützten Einrichtung

nein ja vom – bis _____

Gutachten des Fachausschusses ist beigefügt ja Datum: _____
nein

Wenn nein: Anschrift der Einrichtung: _____

Beschäftigung außerhalb einer geschützten Einrichtung

nein ja

zuletzt beschäftigt als	täglicher Umfang	vom – bis

7. **Eine Erklärung des / der Antragstellers / in über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist beigefügt.**

Bestätigungsvermerk

Die Angaben zur Person der Antragstellerin / des Antragstellers werden bestätigt durch

Geburts- / Abstammungsurkunde gültigen Personalausweis gültigen Reisepass

Dienststempel _____ Datum, Unterschrift des Aufnehmenden _____

Unterschrift

Anlagen