

Versicherungsnummer der / des Versicherten

 Eingangsstempel  
der Antrag aufnehmenden Stelle

 Eingangsstempel  
des Rentenversicherungsträgers

## Antrag auf Leistungen zur Teilhabe - Rehabilitationsantrag für nichtversicherte Angehörige und Empfänger von Hinterbliebenenrente **G200**

**Hinweis:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - und des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) - von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

### 1 Beantragte Leistung

<input type="checkbox"/> Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (§ 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI)
<input type="checkbox"/> Kinderrehabilitation (§ 31 Absatz 1 Nummer 4 SGB VI)

### 2 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Geburtsname		frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsort (Kreis, Land)		
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		

### 3 Angaben zur Person der Erkrankten / des Erkrankten

Versicherungsnummer der / des Erkrankten	(soweit vorhanden)	
Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Geburtsname		frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

Versicherungsnummer
---------------------

Weiter mit Ziffer 3

<input type="checkbox"/> Ehegatte, Witwe, Witwer, Lebenspartnerin oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes		<input type="checkbox"/> Kind
Geburtsort (Kreis, Land)		Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)		

#### 4 Angaben zum Familienstand und Beruf der Erkrankten / des Erkrankten

4.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)			
<input type="checkbox"/> 0 ledig	<input type="checkbox"/> 1 verheiratet	<input type="checkbox"/> 2 geschieden	<input type="checkbox"/> 3 verwitwet
4.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)			

#### 5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, 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 <b>mit</b> 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 / Hausmann	<input type="checkbox"/> 7 arbeitslos gemeldet	<input type="checkbox"/> 8 Heimarbeit
<input type="checkbox"/> 9 Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen		

#### 6 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP) der Erkrankten / des Erkrankten

Nimmt die Erkrankte / der Erkrankte an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?	
<input type="checkbox"/> 0 nein	<input type="checkbox"/> 1 ja

Versicherungsnummer
---------------------

### 7 Krankenkasse der Erkrankten / des Erkrankten

Name		
Straße, Hausnummer		Telefon
Postleitzahl	Ort	
<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Krankenkasse	
<input type="checkbox"/>	Private Krankenversicherung	
(Wir empfehlen Ihnen, Ihre private Krankenversicherung von der Antragstellung, gegebenenfalls von der Bewilligung oder Ablehnung zu unterrichten.)		

### 8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt der Erkrankten / des Erkrankten

Name		Vorname
Straße, Hausnummer		Telefon
Postleitzahl	Ort	

### 9 Antragstellung durch eine andere Person

**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen!**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen)							
In der Eigenschaft als							
<input type="checkbox"/>	gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/>	Vormund	<input type="checkbox"/>	Betreuer	<input type="checkbox"/>	Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer					telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		
Postleitzahl	Wohnort						
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)							

### 10 Angaben über die Erkrankte / den Erkrankten

<b>10.1</b> Wurden für die Erkrankte / den Erkrankten jemals <b>Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt</b> oder wurden Anwartschaften bei Auflösung einer Ehe übertragen oder begründet oder wurde die Erkrankte / der Erkrankte nachversichert?			
Name des Rentenversicherungsträgers		von - bis	
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
<b>10.2</b> Bezieht die Erkrankte / der Erkrankte eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?			
Name des Rentenversicherungsträgers		Versicherungsnummer	
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja



Versicherungsnummer 
-------------------------

Weiter mit Ziffer 11

<p><b>Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn das Kind mindestens 18 Jahre alt ist</b></p> <p><b>Das Kind</b></p> <p><input type="checkbox"/> befindet sich in Schulausbildung oder Studium (Bitte Schulbescheinigung oder Studienbescheinigung beifügen!)</p> <p><input type="checkbox"/> befindet sich in Berufsausbildung (Bitte Kopie des Ausbildungsvertrages beifügen!)</p> <p><input type="checkbox"/> leistet ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr (Bitte Bescheinigung des zuständigen Trägers beifügen!)</p> <p><input type="checkbox"/> ist wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande, sich selbst zu unterhalten (Bitte Nachweis über die Behinderung beifügen!)</p>
--

**12 Angaben über die Versicherte / den Versicherten**

<p><b>12.1</b> Hat die Versicherte / der Versicherte Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p><b>12.2</b> Hat die Versicherte / der Versicherte Beiträge zur Rentenversicherung im Ausland gezahlt?</p> <p style="text-align: center;">Staat</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p><b>12.3</b> Übt die Versicherte / der Versicherte derzeit eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aus?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Formular G205 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für nichtversicherte Angehörige bei grenzüberschreitenden Fällen) bitte beifügen!</p>
<p><b>12.4</b> Übt die Versicherte / der Versicherte eine Beschäftigung aus, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>

**13 Bankverbindung**

IBAN (International Bank Account Number) D E	BIC (Bank Identifier Code) 
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

## 14 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 (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)
- als Hörmedium (Kassette)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

## 15 Erklärung und Information der Versicherten / des Versicherten und der Erkrankten / des Erkrankten oder des gesetzlichen Vertreters (Nicht Zutreffendes streichen)

### 15.1 Einwilligungserklärung

**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 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) beziehungsweise 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.

### 15.2 Information

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) 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 (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 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).

**15.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.** Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

**Ich verpflichte mich**, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (zum Beispiel Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.



Versicherungsnummer
---------------------

**17 Bestätigung der Krankenkasse der Erkrankten / des Erkrankten**

- wird von der Krankenkasse ausgefüllt, sofern die Antragstellung über die Krankenkasse erfolgt -  
 (entfällt bei privater Krankenversicherung)

Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
Die Erkrankte / Der Erkrankte ist <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert	
Wurden für die Antragstellerin / den Antragsteller in den letzten 4 Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 1 SGB V (ambulante Rehabilitationsleistungen), § 40 Absatz 2 SGB V (stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung) oder § 41 Absatz 1 SGB V (Leistungen der Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes) durchgeführt oder bezuschusst (§ 12 Absatz 2 SGB VI)? Art und Zeitraum der Leistung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>Anmerkung:</b> Nicht anzugeben sind ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Absatz 2 und 4 SGB V) und Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 Absatz 1 SGB V).	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	
Datum	