

Antrag auf Leistungen in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)

Eingangsstempel	
Krankenkasse	Rentenversicherungsträger

Raum für trägerinterne Angaben

Antrag bitte nur mit Schreibmaschine
oder in Druckschrift ausfüllen! Zutreffendes

Hinweis

Die Beantwortung der Fragen ist erforderlich, damit über ihren Antrag entschieden werden kann.

Ihre Mitwirkungspflicht und deren Umfang ergeben sich aus den §§ 60 ff. des Sozialgesetzbuches Allgemeiner Teil (SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§66 SGBI).

1. Angaben zur Person Rentenversicherungsnummer: _____

1.1 Familienname				Vor(Ruf)name und Vorsatzwörter (z.B. von)	
Geburtsname			früher geführter Name		
Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>		Staatsangehörigkeit	
Straße und Hausnummer				telefonisch zu erreichen	
Postleitzahl	Wohnort	Bahnstation		Land-(Stadt-)Kreis	
1.2 Der Antragsteller ist bei folgender Krankenkasse versichert:					
Name und Anschrift der Krankenkasse/Geschäftsstelle					Mitglieds-Nr.
1.3 Der Antragsteller ist					
pflicht- vers. <input type="checkbox"/>	frei- vers. <input type="checkbox"/>	Renten- Antragsteller <input type="checkbox"/>	Rentner <input type="checkbox"/>	Fam. Vers. <input type="checkbox"/>	*Personalien des Mitglieds: Name, Vorname, Geburtsdatum

2. Angaben zum Familienstand und zum Beruf

2.1 Familienstand					
<input type="checkbox"/> [0] ledig	<input type="checkbox"/> [1] verheiratet	<input type="checkbox"/> [2] geschieden	<input type="checkbox"/> [3] verwitwet		
2.2. Zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)					
2.3 Derzeitige Stellung im Berufs-/Erwerbsleben					
<input type="checkbox"/> [0] nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> [1] Auszubildender (Lehrling, Anlernling Praktikant, Volontär, Student, usw.)	<input type="checkbox"/> [2] ungelernter Arbeiter, der nicht als Facharbeiter tätig ist			
<input type="checkbox"/> [3] angelernter Arbeiter im anerkannten Anlernberuf	<input type="checkbox"/> [4] Facharbeiter	<input type="checkbox"/> [5] Meister, Polier			
<input type="checkbox"/> [6] Angestellter	<input type="checkbox"/> [7] Beamter o.ä.	<input type="checkbox"/> [8] Selbständiger			
2.4 Arbeit vor Antragstellung oder vor Arbeitsunfähigkeit					
<input type="checkbox"/> [0] nicht erwerbstätig oder länger als 12 Monate arbeits- unfähig krank (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft)	<input type="checkbox"/> [1] Ganztagsarbeit ohne Wechsel- schicht/ Akkord/Nachtschicht	<input type="checkbox"/> [2] Ganztagsarbeit mit Wechsel- schicht/ Akkord			
<input type="checkbox"/> [3] Ganztagsarbeit mit Nachtschicht	<input type="checkbox"/> [4] Teilzeitarbeit unter 20 Wochenstunden	<input type="checkbox"/> [5] Teilzeitarbeit 20 Wochenstunden und mehr			
<input type="checkbox"/> [6] ausschließlich Hausfrauentätigkeit	<input type="checkbox"/> [7] arbeitslos im Sinne des SGB III (Arbeitsförderung)	<input type="checkbox"/> [8] Heimarbeit	<input type="checkbox"/> [9] Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen		

2.5 Anzahl früherer stationärer Heilbehandlungen durch einen Rentenversicherungsträger _____ oder durch _____

2.6 Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

[0] nein [1] ja

Integrationsamt / Aktenzeichen

2.7 Stehen Sie in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder erhalten Sie Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?

Name und Anschrift des Dienstherrn bzw. Träger der Versorgungslast

nein ja

3. Angaben über die Beitragsleistung zur Rentenversicherung _____ VSNR

3.1 Haben Sie Beiträge entrichtet zur nein ja von/bis

Deutsche Rentenversicherung Bund _____

Deutsche Rentenversicherung _____ _____

_____ (Land angeben)

Knappschaft Bahn See _____

landwirtschaftlichen Alterskasse _____

Sozialversicherung außerhalb des Bundesgebietes _____

in welchem Land _____

3.2. Sind Ihnen Rentenversicherungsbeiträge erstattet worden?

nein ja im Jahre Rentenversicherungsträger

3.3 Wurde eine Ehe nach dem 30.06.77 aufgelöst und ist hierbei über den Versorgungsausgleich (Übertrag oder Begründung von Anwartschaften in der Gesetzlichen Rentenversicherung) entschieden worden

Name des Versicherungsträgers, der in der Entscheidung des Familiengerichtes genannt ist

nein ja

3.4 Haben Sie Anspruch auf eine Nachversicherung nach § 8 SGB VI

Gegenüber welcher Seite

nein ja

3.5 Haben Sie Kinder erzogen?

nein (bitte weiter bei Frage 4.1)

ja Geburtsdaten der Kinder
- Weitere Beantwortung nur, wenn Kinder vor dem 01.01.84 geboren wurden -

3.6 Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten geltend gemacht?

nein

ja, und zwar für mich meinen Ehegatten eine andere Person (Adoptiv-, Stief-, Pflegemutter bzw. -vater)
bei (bitte Rentenversicherungsträger eintragen)

4. Bezug von Renten, Leistungen nach dem SGB III (Arbeitsförderung)

4.1. Beziehen Sie aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung oder Altershilfe für Landwirte eine Versicherungsrente?

Versicherungsanstalt

Renten-(Akten-)Zeichen

nein ja _____

Erwerbsminderungsrente/
vorzeitiges Altersgeld

Alterruhegeld
bzw. Altersgeld

Bergmannsrente/
Knappschaftsausgleichsleistung

Haben Sie einen Antrag gestellt?

bei welcher Stelle

nein ja _____

Erwerbsminderungsrente/
vorzeitiges Altersgeld

Alterruhegeld
bzw. Altersgeld

Bergmannsrente/
Knappschaftsausgleichsleistung

Beabsichtigen Sie, in den nächsten 6 Monaten Alterruhegeld (auch vorgezogenes Altersruhegeld) zu beantragen?

nein ja

4.2 Beziehen Sie eine Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung?		Renten-(Akten-)Zeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rentenbeginn Unfallversicherungsträger	
Haben Sie einen Antrag gestellt?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bei welcher Stelle	

4.3 Beziehen Sie Arbeitslosengeld I	Beziehen Sie sonstige Leistungen nach dem SGB III?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Beziehen Sie Arbeitslosengeld II	wenn ja, welche?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

5. Sonstige Angaben

5.1 Sind Leiden als Folge von Kriegseinwirkung, Wehr- oder Zivildienstbeschäftigung, als Folge eines Arbeitsunfalls, als Berufskrankheit, als Verfolgungsleiden nach dem Bundesentschädigungsgesetz, als Impfschäden oder als Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über Entschädigung für Opfer von Gewalttaten anerkannt worden?		Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von welcher Stelle	
Haben Sie einen Antrag gestellt?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bei welcher Stelle	Aktenzeichen

5.2 Sind Leiden als Folge einer durch Dritte verursachten Körperverletzung bzw. Krankheit (z.B. eines Verkehrsunfalls, eines sonstigen Unfalls, einer Ansteckung)?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Haben Sie Schadensersatzansprüche geltend gemacht?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bei welcher Stelle

6. Zahlungsempfänger bei Überweisung

Bank/Sparkasse/Postamt	Kontonummer	Bankleitzahl
Anschrift	Kontoinhaber	

7. Erklärung des Versicherten

7.1 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß nach besten Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Gewährung von Leistungen ausschließen können.

Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (z.B. Leistungen aus der gesetzlichen Renten-, Unfall- und Krankenversicherung, nach dem Sozialgesetzbuch SGB XII, nach dem Bundesversorgungsgesetz usw.) dem Leistungsträger sofort mitzuteilen.

Mit der Auszahlung einer etwaigen Barleistung (Kranken- oder Übergangsgeld) an meine Familienangehörigen bin ich einverstanden.

Den Hinweis auf Seite 1 des Antrags habe ich zur Kenntnis genommen.

7.2 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ärztliche und psychologische Untersuchungsunterlagen von den Stellen und Ärzten angefordert werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus eingereichten Unterlagen ersichtlich sind. Ferner verpflichte ich mich, solche ärztlichen Untersuchungen, die während des Verfahrens von einer anderen Stelle veranlasst werden, bekannt zu geben. Dazu gehören auch Aufenthalte in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte. Mit meiner Bekanntgabe erkläre ich mich bereit, dass auch von diesen Stellen Unterlagen angefordert werden können.

7.3 Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben z.B. einen anderen Gutachter oder an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) auch für deren gesetzlichen Aufgaben offenbart werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i.V.m.§ 76 Abs.2 SGB X);
- ich dem jedoch widersprechen kann;
- bei einem Widerspruch aber die Folgen fehlender Mitwirkung eintreten können (§ 66 SGB I)

Ort / Datum

Unterschrift

8. An den zuständigen Träger

(siehe Ziffer 1.2)

Hiermit wird der Antrag auf Leistungen in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) übersandt. Die nach der Empfehlungsvereinbarung erforderlichen Gutachten bzw. Arztbriefe

- des bisher behandelnden psychiatrischen Krankenhauses oder der bisher behandelnden psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinen Krankenhauses oder in Ausnahmefällen des bisher behandelnden Psychiaters
 - der voraussichtlich aufnehmenden RPK
- sind beigelegt.

Sonstige ärztliche Gutachten und Befundberichte

liegen nicht vor sind beigelegt

Datum, Unterschrift, Stempel der RPK - Einrichtung

Nach Eingang des Antrages von der Krankenkasse auszufüllen zur eventuellen Abgabe an den Rentenversicherungsträger.

9. Bescheinigung der Krankenkasse

9.1 Name und Anschrift des letzten Arbeitgebers	
9.2 Beitragsleistung* zur gesetzlichen Rentenversicherung letzter Beitrag (Monat/Jahr)	*ausgenommen sind Beiträge nach § 170 SGB VI
zur <input type="checkbox"/> Deutschen Rentenversicherung Bund <input type="checkbox"/> Deutschen Rentenversicherung _____	
9.3 War der Versicherte in den der Antragstellung vorausgegangenen 24 Kalendermonaten wenigstens 6 Kalendermonate versicherungspflichtig beschäftigt? (Angabe, soweit möglich)	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja, <input type="text" value="von/bis"/>
9.4 War der Antragsteller in den letzten 3 Jahren arbeitsunfähig? (jeweilige Diagnose)*	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____ von/bis _____
Ist der Antragsteller z.Z. arbeitsunfähig?	Bezieht der Antragsteller Krankengeld?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
_____ seit _____	_____ seit _____ tgl. €
9.5 Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	
<input type="text" value="Institutionskennzeichen"/>	Datum

* ggf. gesondertes Blatt benutzen