



Ausfüllhinweise zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Sie stellen einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe. Zu Ihrer Unterstützung geben wir Ihnen auf den folgenden Seiten nähere Informationen zu einzelnen Fragen.

A. Angaben zur Person

Bitte tragen Sie Ihre persönlichen Daten ein bzw. die Daten der Person, die den Antrag stellen möchte. Sofern Sie bei uns bereits Daten hinterlegt haben, wurden diese automatisch übertragen. Bitte prüfen Sie in diesem Fall die Richtigkeit der Eintragungen.

- Gegebenenfalls Geburtsname: Füllen Sie dieses Feld aus, wenn Ihr gegenwärtiger Nachname vom Geburtsnamen abweicht zum Beispiel durch eine Namensänderung in Folge einer Heirat.
- Titel: Sofern Sie über einen Titel verfügen, zum Beispiel den akademischen Grad eines Doktors, tragen Sie diesen in das Feld ein. Haben Sie keinen Titel, lassen Sie das Feld bitte frei.
- Familienstand: Bitte tragen Sie eine der folgenden Ausprägungen ein
 - ledig: Sie leben allein oder in einer eheähnlichen Gemeinschaft mit einer weiteren Person - gegebenenfalls mit Kindern. Sie waren noch nie verheiratet oder verpartnert.
 - verheiratet oder Lebenspartnerschaft: Sie sind verheiratet oder haben eine eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaft.
 - geschieden oder Lebenspartnerschaft aufgehoben: Ihre Ehe ist geschieden oder die eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaft ist aufgehoben.
 - Alleinerziehend: Sie leben mit mindestens einem minderjährigen Kind ständig in einem gemeinsamen Haushalt und sind allein für die Pflege und Erziehung zuständig. Dies gilt auch, wenn mit dem anderen Elternteil ein geteiltes Sorgerecht, Umgangs- und Besuchsregeln vereinbart wurden.
 - getrennt lebend: Sie sind verheiratet oder haben eine eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaft, leben jedoch getrennt, weil mindestens ein Ehegatte oder ein Lebenspartner die Beziehung nicht mehr will.
- Telefonnummer zur Kontaktaufnahme: Ihr Antrag auf Leistungen zur Teilhabe wird schnellstmöglich bearbeitet. Manchmal kann es dabei zu Rückfragen kommen. Damit wir Sie schnell kontaktieren, können Sie uns an dieser Stelle eine Telefonnummer notieren.

Bitte beachten Sie: Die Angabe Ihrer Telefonnummer ist freiwillig. Machen Sie keine Angaben, entstehen Ihnen dadurch keine Nachteile. Bei der Angabe Ihrer Telefonnummer, können Fragen eventuell auch telefonisch geklärt werden. Mit der Angabe der Telefonnummer stimmen Sie der internen Nutzung zu. Mit interner Nutzung ist die Kontaktaufnahme mit Ihnen gemeint. Umfasst ist hiervon auch die Nutzung zu Forschungszwecken. So kann Sie das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit kontaktieren beziehungsweise von einem hierzu beauftragten Befragungsinstitut kontaktieren lassen, um Sie zur Teilnahme an einer freiwilligen Befragung - § 282 Absatz 5 SGB III - zu bitten. Ihre Einwilligung zur Nutzung der Telefonnummer können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Diesen Widerruf können Sie auch auf die Nutzung Ihrer Telefonnummer zu Forschungszwecken beschränken.

B. Beantragte Leistung

Bitte kreuzen Sie an, welche Leistungsgruppe Sie beantragen. Zur Auswahl stehen die Leistungsgruppen "Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben", "Leistungen zur Teilhabe an Bildung", "Leistungen zur sozialen Teilhabe", "Leistungen zur medizinischen Rehabilitation". Mehrfachnennungen von Leistungsgruppen sind möglich. Sofern Sie die konkrete Leistung bereits benennen können und möchten, tragen Sie diese neben die entsprechende Leistungsgruppe ein. Beispiel: Sie möchten einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellen, weil Sie aufgrund der Auswirkungen Ihrer gesundheitlichen Einschränkung Arbeitsschutzschuhe benötigen. Sie kreuzen an: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und schreiben in das Freitextfeld daneben "Arbeitsschutzschuhe".

C. Grund der Antragstellung

Sie haben die Möglichkeit uns nähere Erläuterungen zu Ihrem Anliegen mitzuteilen. Dies können zum Beispiel konkrete Wünsche sein oder Informationen zu Ihren Einschränkungen. Falls Sie dies nicht können oder nicht möchten, lassen Sie das Feld bitte frei. Ihnen entstehen dadurch keine Nachteile

Bitte beachten Sie: Benennen Sie bitte aus datenschutzrechtlichen Gründen keine Diagnosen.

D. Bereits erhaltene Leistungen zur Teilhabe

- Frage **20**: Wählen Sie hier bitte "ja", wenn Sie in den letzten 12 Monaten eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme bekommen haben. Haben Sie diese Frage bejaht, benennen Sie uns bitte, wer die Kosten dafür übernommen hat, zum Beispiel den Namen Ihrer Krankenkasse oder der zuständigen Dienststelle der Rentenversicherung. Tragen Sie in diesen Fällen bitte auch ein, von wann bis wann die Rehabilitation stattgefunden hat.
- Frage **23**: Haben Sie in den letzten 4 Jahren bereits Leistungen zur Teilhabe erhalten, wählen Sie hier bitte "ja". Es ist dabei nicht wichtig, wer die Leistung finanziert hat, welche Leistung dies war oder ob es sich um die gleiche gesundheitliche Beeinträchtigung handelt, wie in der Vergangenheit. Haben Sie diese Frage bejaht, tragen Sie bitte ein, wer die Leistung finanziert hat, wann diese stattfand - Tag, Monat und Jahr - und fügen Sie eine Kopie des damaligen Bescheides bei, wenn Sie ihn noch haben.

E. Aktuelle oder zuletzt ausgeübte Tätigkeit

- Befinden Sie sich derzeit in einem Arbeitsverhältnis, tragen Sie hier bitte Ihre aktuelle Tätigkeit beziehungsweise Ihre Tätigkeitsbezeichnung ein. Diese kann von der im Arbeitsvertrag benannten Bezeichnung abweichen. Bitte benennen Sie uns im Folgenden, seit wann Sie die Tätigkeit ausüben.
- Befinden Sie sich derzeit nicht in einem Arbeitsverhältnis, tragen Sie hier bitte Ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit ein. Diese kann von der im Arbeitsvertrag benannten Bezeichnung abweichen. Bitte benennen Sie uns im Folgenden, von wann bis wann Sie diese Tätigkeit ausgeübt haben.
- Sind Sie Schüler oder Student, so tragen Sie diese Bezeichnung bitte bei dieser Frage ein. Benennen Sie dann, seit wann Sie Schüler oder Student sind, und wählen Sie als Endedatum das voraussichtliche Ende Ihrer Schulzeit oder Ihres Studiums.

F. Krankenkasse

- Frage **29-33**: Tragen Sie hier bitte Ihre Krankenkasse mit Straßennamen, Hausnummer, Postleitzahl und Ort ein.
- Frage **34**: Wenn Sie Ihre Krankenkasse schriftlich dazu aufgefordert hat, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe zu stellen, wählen Sie bei dieser Frage bitte die Antwort "ja" aus. Andernfalls wählen Sie bitte "nein".
- Frage **35-44**: Sie stellen den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe auf Basis - drohender - gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Sind Sie aufgrund dieser gesundheitlichen Beeinträchtigung arbeitsunfähig geschrieben, erhalten jedoch keine Entgeltersatzleistungen, wie Krankengeld, Verletztengeld und Übergangsgeld, so wählen Sie bitte "ja, ohne Bezug von Krankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld". Sind Sie aufgrund Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung arbeitsunfähig geschrieben und erhalten Sie Entgeltersatzleistungen, wie Krankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld, so wählen Sie bitte die entsprechende Antwortmöglichkeit, die auf Sie zutrifft. Geben Sie bitte an, seit wann Sie diese Leistung beziehen und wer Ihnen diese Leistung auszahlt.

G. Angaben zu Rentenversicherungsträgern oder Rentenleistungen

- Frage **45**: Tragen Sie hier Ihren zuständigen Rentenversicherungsträger ein. Die Information finden Sie zum Beispiel auf Ihrer jährlichen Renteninformation. Diese wird allen Personen über 27 Jahren mit mindestens fünf Jahren Beitragszeiten im Rentenkonto zugesandt.
- Frage **46-49**: Wenn Sie auch an andere Rentenversicherungsträger Beiträge abgeführt haben, wählen Sie bitte „ja“. Tragen Sie anschließend den Namen des Rentenversicherungsträgers ein und benennen Sie den entsprechenden Zeitraum, in dem Sie die Beiträge gezahlt haben.
- Frage **50**: Wird Ihnen bereits eine monatliche Rente ausgezahlt, so wählen Sie hier bitte „ja“ aus. Dabei ist es nicht wichtig, um welche Art von Rente es sich handelt. Fügen Sie eine Kopie des jeweiligen Bescheides dem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe hinzu.
- Frage **51-53**: Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt und ist dieser noch nicht endgültig entschieden, so wählen Sie in diesem Feld bitte die Antwortmöglichkeit „ja“ aus. Benennen Sie den Rententräger, bei dem Sie den Antrag gestellt haben und das Datum Ihrer Antragstellung.
- Frage **54**: Beabsichtigen Sie in den nächsten 6 Monaten einen Antrag auf Altersrente zu stellen, wählen Sie hier bitte „ja“. Es ist dabei nicht wichtig, ob Sie die Altersrente vorzeitig oder regulär beantragen.

H. Mögliche externe Ursachen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen

- Frage **55-56**: Sind Ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen Folge einer oder mehrerer der aufgeführten Ursachen, so wählen Sie bitte die für Sie zutreffende Ursache bzw. die für Sie zutreffenden Ursachen aus. Teilen Sie uns in diesen Fällen bitte mit, bei wem Sie den Antrag auf Anerkennung gestellt haben oder wer die Anerkennung ausgesprochen hat.
- Frage **57**: Bestehen Ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge eines Unfalls, so wählen Sie hier bitte „ja“ aus. Füllen Sie in Ergänzung dazu bitte den Unfallfragebogen aus. Liegt Ihnen dieser nicht vor, so fordern Sie ihn bitte bei Ihrer zuständigen Agentur für Arbeit an.

I. Leistungen nach dem SGB II

Haben Sie einen Antrag auf Bürgergeld gestellt oder erhalten Sie bereits Bürgergeld, so wählen Sie bitte „ja“.

Haben Sie bereits einen persönlichen Ansprechpartner, der Sie in Fragen zur Vermittlung berät, so benennen Sie diesen bitte.

Ist Ihnen der Name nicht bekannt, lassen Sie das Feld bitte frei.

J. Antragstellung durch eine andere Person

Haben Sie den Antrag mit Unterstützung durch eine dritte Person ausgefüllt und handelt es sich dabei um einen gesetzlichen Vertreter, Betreuer, Vormund oder Bevollmächtigten, so tragen Sie hier bitte die entsprechenden Daten der Person ein.

Bitte fügen Sie eine Kopie des jeweiligen Nachweises - zum Beispiel eine Kopie des Betreuerausweises - bei.

K. Dokumentenzugang

Menschen mit einer Behinderung haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Wenn Sie sehbeeinträchtigt sind, können Sie hier auswählen, wie wir Ihnen Bescheide zukünftig zustellen sollen. Bitte entscheiden Sie sich für ein Format und kreuzen Sie dieses an.

Sind Sie nicht sehbeeinträchtigt, lassen Sie die Frage bitte unbeantwortet.

L. Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie auch den Erhalt des beigefügten „Informationsblatt zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Ihre Unterlagen“ und des Merkblatts 12 „Förderung zur Teilhabe am Arbeitsleben“ und stimmen dem Inhalt zu. Sofern Sie dazu Fragen haben, richten Sie diese bitte an Ihre Beraterin oder Ihren Berater für Berufliche Rehabilitation und Teilhabe.