

Anlage V



Landratsamt Neustadt
an der Waldnaab

Prüfung der Wahrscheinlichkeit des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 41 Abs. 3 SGB XII

An das
Landratsamt
-Amt für Sozialwesen-
Am Hohlweg 2
92660 Neustadt

Posteingang

Az.: _____

Antragsteller:

| | | | |
|--|---|---|----------------------------|
| Name evtl. Geburtsname: | | Vorname (Bitte alle Vornamen angeben!): | |
| Straße, Hausnummer: | | PLZ: | Ort: |
| E-Mail: | | Telefon: | Telefax: |
| Geburtsdatum: | Geburtsort (Gemeinde, Landkreis, Land): | | |
| Geschlecht männlich weiblich | | Staatsangehörigkeit: | Rentenversicherungsnummer: |
| Der Antrag wird in Vertretung gestellt von (Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichts bitte beifügen!) | | | |
| Name, Vorname, Dienststelle (ggf. Aktenzeichen) | | | |
| In der Eigenschaft als gesetzl. Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter | | | |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort, telefonisch tagsüber zu erreichen | | | |
| Der/Die Antragssteller/in hat das 18. Lebensjahr vollendet und bezieht keine Rente wegen Erwerbsminderung hat einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung gestellt am _____ bei _____ | | | |

Der/Die Antragsteller/in macht folgende Gesundheitsstörungen geltend:

| |
|--|
| |
|--|

Die Gesundheitsstörung besteht seit: _____

Ärztliche Behandlung:

| |
|---|
| Arzt / Krankenhaus / Rehabilitationsklinik (Name, Anschrift, Telefon) |
| Behandlung wegen |
| Arzt / Krankenhaus / Rehabilitationsklinik (Name, Anschrift, Telefon) |
| Behandlung wegen |

Befundbericht / ärztliches Gutachten ist / sind beigefügt! ja nein

Schwerbehinderung:

nein ja Grad der Behinderung: _____

Ärztliches Gutachten und der Bescheid vom Versorgungsamt sind beigefügt! ja nein

Beschäftigungsübersicht:

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------|
| Beschäftigung in einer geschützten Einrichtung: | | |
| nein | ja | vom - bis _____ |
| Gutachten des Fachausschusses ist beigefügt: | | |
| nein | ja | Datum _____ |
| Wenn nein: Anschrift der Einrichtung: | | |
| Beschäftigung außerhalb einer geschützten Einrichtung: | | |
| nein | ja | |
| zuletzt beschäftigt als | täglicher Umfang in Stunden | vom - bis |
| | | |

Eine Erklärung des/der Antragsteller/in über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist beigefügt!

Ort, Datum

Unterschrift

Anlagen
