

Deutsche Rentenversicherung  
 Rheinland-Pfalz  
 67340 Speyer

Unser Zeichen

Telefonnummer

Fax-Nummer

Datum

---

**Ersuchen nach § 45 SGB XII**

Die / Der u. a. Antragstellerin / Antragsteller hat am  einen Antrag auf Leistungen der Grundsicherung gestellt. Bezug nehmend auf § 45 SGB XII bitten wir Sie zu prüfen, ob die Voraussetzungen des § 41 Abs. 3 SGB XII vorliegen.

Dieses Ersuchen erfolgt im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens.

**1. Angaben zur Person der Antragstellerin / des Antragstellers**

Name		Vorname	
Geburtsname		Telefonisch tagsüber zu erreichen	
Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Geburtsort			
Rentenversicherungsnummer		Falls keine VSNR angegeben werden kann, bitte Fragen in Ziffer 1 unbedingt vollständig ausfüllen und bestätigen.	
<input type="text"/>			
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)			
Postleitzahl	Wohnort		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>Der Antrag wird in Vertretung gestellt von</b>		(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	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
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. **Die Antragstellerin / Der Antragsteller macht folgende Gesundheitsstörungen geltend:**

Die Gesundheitsstörungen bestehen seit:

3. **Amtsärztliches Gutachten**

Amtsärztliches Gutachten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	bitte beifügen
--------------------------	-----------------------------	-------------------------------	----------------

4. **Ärztliche Behandlung**

Arzt / Krankenhaus / Rehabilitationsklinik (Name, Anschrift, Tel.-Nr.)	
Behandlung wegen	Wann:
Arzt / Krankenhaus / Rehabilitationsklinik (Name, Anschrift, Tel.-Nr.)	
Behandlung wegen	Wann:
<b>Befundbericht / ärztliches Gutachten ist / sind beigefügt.</b>	

5. **Schwerbehinderung**

nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Grad der Behinderung _____
<b>Ärztliche Gutachten und der Bescheid vom Versorgungsamt sind beigefügt.</b>		

6. **Beschäftigungsübersicht**

<b>Beschäftigung in einer geschützten Einrichtung</b>		
nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	vom – bis _____
Gutachten des Fachausschusses ist beigefügt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Datum: _____
Wenn nein: Anschrift der Einrichtung: _____		
<b>Beschäftigung außerhalb einer geschützten Einrichtung</b>		
nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
zuletzt beschäftigt als	täglicher Umfang	vom - bis

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

<b>Bestätigungsvermerk</b>		
Die Angaben zur Person der Antragstellerin / des Antragstellers werden bestätigt durch		
<input type="checkbox"/> Geburts- / Abstammungsurkunde	<input type="checkbox"/> gültigen Personalausweis	<input type="checkbox"/> gültigen Reisepass
Dienststempel _____		Datum, Unterschrift des Aufnehmenden _____

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Anlagen**