

Versicherungsnummer		Abt.-Nr.	
Name, Vorname			
Anschrift (nur bei Änderung ausfüllen)			

Deutsche Rentenversicherung
Westfalen
Abteilung für Rehabilitation
48125 Münster

Bitte zu Beginn jeden Monats ausgefüllt der Deutschen Rentenversicherung Westfalen zusenden!

Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben
hier: Auszahlung von Übergangsgeld

Hinweise:

Eine Anweisung des Übergangsgeldes ist nur bei vollständig ausgefülltem Formular möglich. Bitte in Druckschrift ausfüllen.

Angaben zu Ziffer 5 sind im Hinblick auf die Fahrkostenerstattung und andere laufende Zahlungen unbedingt erforderlich (Gilt nicht für Teilnehmer an einer beruflichen Phase - RPK).

Die ordnungsgemäße Teilnahme an der Leistung kann erst nach Ablauf des Zeitraumes, für den die Auszahlung beantragt wird, bestätigt werden. Alle Tage (außer Samstage, Sonntage und gesetzliche Feiertage), an denen Sie an der Leistung nicht teilgenommen haben, sind anzugeben.

Sofern eine Abschlussprüfung vorgesehen ist, endet die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben am Tag der Bekanntgabe der Prüfungsergebnisse.

1 Teilnahmebestätigung

Ich bestätige hiermit, dass ich an der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Zeit

vom _____ bis _____ ordnungsgemäß teilgenommen habe.

Die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben wurde in der vorgenannten Zeit

nicht unterbrochen.

unterbrochen:

Dauer der Unterbrechung

Grund der Unterbrechung

Dauer der Unterbrechung	Grund der Unterbrechung
vom _____ bis _____	
vom _____ bis _____	
vom _____ bis _____	

2 Bestätigung der (Ausbildungs-)einrichtung / des Praktikumsbetriebes

Die Angaben der Versicherten / des Versicherten zur ordnungsgemäßen Teilnahme und zu den Unterbrechungen werden bestätigt.

Die oben aufgeführten Zeiten der Schulungsunfähigkeit sind durch ärztliche Atteste belegt: ja nein

Ein Praktikum ist nicht vorgesehen.

ist vorgesehen in der Zeit

wurde oder wird durchgeführt in der Zeit

vom _____	bis _____
vom _____	bis _____

Datum _____	Stempel _____	Unterschrift _____
-------------	---------------	--------------------

Versicherungsnummer	Abt.-Nr.
---------------------	----------

3 Ergänzende Angaben zur Auszahlung von Übergangsgeld

- Für den auf der Vorseite genannten Zeitraum habe ich weder versicherungspflichtiges Arbeitsentgelt, Ausbildungsvergütung noch sonstige Geldleistungen oder Sachbezüge vom Arbeitgeber erhalten noch Arbeitseinkommen erzielt.

Ich habe für die Zeit

vom	bis
-----	-----

- versicherungspflichtiges Arbeitsentgelt sonstige Geldleistungen vom Arbeitgeber
 Ausbildungsvergütung Arbeitseinkommen

in Höhe von	
netto	EUR
in Höhe von	
brutto	EUR bezogen.

Bei Arbeitnehmern ist als Nettobetrag das um die gesetzlichen Abzüge und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Erwerbseinkommen anzugeben. Bei sonstigen Versicherten ist als Nettobetrag das um 20 Prozent verminderte Erwerbseinkommen anzugeben.

Außerdem wurden folgende Sachbezüge vom Arbeitgeber gewährt:

- Unterkunft und Verpflegung Frühstück Mittagessen Abendessen _____

4 Bankverbindung

Die Angaben zur IBAN entnehmen Sie bitte Ihrem Kontoauszug.

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

5 Änderungen hinsichtlich der Erstattung von Fahrkosten, Verpflegungskosten und anderer laufender Zahlungen (Gilt nicht für Teilnehmer an einer beruflichen Phase - RPK).

Sind in dem auf der Vorseite genannten Zeitraum Änderungen eingetreten, die Auswirkungen auf die Erstattung von Fahrkosten, Verpflegungskosten und andere laufende Zahlungen haben (zum Beispiel Änderung des Ausbildungsortes aufgrund eines Praktikums, Wechsel von internatsmäßiger oder internatsähnlicher Ausbildung zur Teilnahme als Pendler, Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder des Kraftfahrzeuges)?

- nein
 ja → Bitte Formular G3630-11 ausfüllen und beifügen!
Das Formular G3630-11 finden Sie auf unserer Internetseite www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de.
Unter Vorgabe der Formularnummer können Sie es dort herunterladen.

6 Erklärung

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass durch fehlerhafte Angaben verursachte Überzahlungen von mir zu erstatten sind.

Ort und Datum _____

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten _____