


Antrag Kinder- und Jugend-Reha im Modellprojekt ZuKiJu (G 2470-02)

Liebe Eltern, liebe Kinder, liebe Jugendliche,

Folgendes brauchen Sie / braucht ihr für die Antragsstellung:

- Rentenversicherungsnummer der Person (Beispiel: Elternteil), aus deren Rentenversicherung die Reha beantragt werden soll (Hinweis: auf Renteninformation oder Gehalts-/Lohnabrechnung zu finden)
 - Name der Krankenkasse des Kindes
 - Name und Anschrift behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt des Kindes
 - Befundbericht, ausgefüllt durch behandelnde Ärztin / behandelnden Arzt (Formular G 0612, im Internet zu finden unter: <https://t1p.de/a2quw> oder QR Code scannen)
- 



Bei Fragen kann die Kinder-Reha-Hotline per E-Mail unter kinderreha@drv-nord.de kontaktiert **oder** es kann der **Rückrufservice der Kinder-Reha-Hotline** unter der Telefonnummer 0451 48 52 59 99 genutzt werden.

➔ Hinweise für sehbehinderte Menschen am Ende des Antrags unter Nummer 11.

1. Angaben zur Person (Beispiel: Elternteil), aus deren Rentenversicherung die Reha für Kinder / Jugendliche beantragt wird

Rentenversicherungsnummer

Age Group	Number of People
13-17	10
18-24	20
25-34	30
35-44	25
45-54	20
55-64	15
65-74	10
75-84	5
85-94	2
95+	1

Name				Vorname			
Geburtsdatum			Geschlecht				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> ohne Eintrag	<input type="checkbox"/> divers	
Straße, Hausnummer				Telefon			
Postleitzahl		Wohnort					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

**2. Wird der Antrag nicht von den Eltern, sondern durch eine andere Person gestellt?
(Beispiel: Vormund oder Betreuer / Betreuerin)**

- ☐ Nein, antragstellende Person ist ein Elternteil / Familienmitglied.
- ☐ Ja, der Antrag wird in Vertretung gestellt von (Vor- und Nachname):
Hinweis: Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen

3. Begleitperson für die Dauer der Reha

- ☐ Nein ☐ Ja, das Kind wird durch einen Elternteil oder eine andere Person begleitet.
Hinweis: Wenn das Kind **12 Jahre oder älter** ist, bedarf es einer medizinischen Notwendigkeit und einer schriftlichen Begründung durch einen Arzt / eine Ärztin.



4. Angaben zum Kind / zum oder zur Jugendlichen (im Folgenden als „Kind“ bezeichnet)

Angehörigenverhältnis zur Person in Ziffer 1 <input type="checkbox"/> eigenes Kind <input type="checkbox"/> in den Haushalt aufgenommenes Stiefkind oder Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkel, Bruder oder Schwester, wenn in den Haushalt aufgenommen oder überwiegend unterhalten	
Name, Vorname	Staatsangehörigkeit des Kindes
Geburtsdatum <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> ohne Eintrag
Straße, Hausnummer	Telefon
Postleitzahl <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	Wohnort

5. Krankenkasse des Kindes

Name und Anschrift der Krankenkasse des Kindes	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse
	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung

6. Ärztin / Arzt des Kindes

(gemeint: Hauptbehandler/-behandlerin, meist kinderärztliche / hausärztliche Praxis oder fachärztliche Praxis)

Name Ärztin / Arzt						Vorname Ärztin / Arzt								
Straße, Hausnummer						Telefon								
Postleitzahl			Ort											

7. Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel für das Kind

Wird in der Reha die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers oder anderer Kommunikationshilfen benötigt? Wird in der Reha behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel genutzt (Beispiel: Rollstuhl, Führ- oder Assistenzhund)?

Falls ja, das Kind ist angewiesen auf:

☐ Nein ☐ Ja

8. Angaben zur Arbeit und Ausbildung bei jungen Erwachsenen

Ist das Kind mindestens 18 Jahre alt?

☐ Nein → Bitte weiter bei **Frage 9**.

Ja. Das Kind ist **mindestens 18 Jahre alt** und

☐ befindet sich in Schul- oder Berufsausbildung oder Studium.

☐ leistet ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder einen Bundesfreiwilligendienst.

☐ ist wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande, sich selbst zu unterhalten.

Hinweis: Bitte entsprechende **Nachweise beifügen!**

☐ Nein ☐ Ja

☐ Nein ☐ Ja Von welcher Stelle? Aktenzeichen Welche Gesundheitsstörung?



<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, Datum:	Bei welcher Stelle geltend gemacht?	Aktenzeichen
--------------------------	------	--------------------------	------------	-------------------------------------	--------------





11. Hinweis für sehbehinderte Menschen (Kind und / oder antragstellende Person)

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten. Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- ☐ als Großdruck ☐ in Braille (Kurzschrift) ☐ in Braille (Vollschrift)
- ☐ als Hörmedium (CD-DAISY Format) ☐ als CD (Schriftdatei oder Textdatei im „doc“-Format)

12. Erklärung, Information und Unterschriften

Wichtig: Insgesamt sind **unten drei** Unterschriften für einen vollständigen Antrag nötig!

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern per Post zu.

12.1 Information

Medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, dürfen an andere Sozialleistungsträger für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergegeben werden. Bitte lesen Sie sich hierzu die Informationen durch: <https://t1p.de/up785> oder scannen Sie den QR Code.



12.2 Einwilligungserklärung

Dem Rentenversicherungsträger dürfen von Personen/Einrichtungen, die im Antrag angegeben wurden, für die Antragsbearbeitung relevante Auskünfte über den Gesundheitszustand des Kindes erteilt werden (Beispiel: Ärztinnen / Ärzte). Bitte lesen Sie die Erklärung hierzu auf <https://t1p.de/up785> oder scannen Sie den QR Code.



Bitte willigen Sie hier per Unterschrift ein.

- ☐ Ich habe die **Einwilligungserklärung gelesen und stimme dieser mit meiner Unterschrift zu. Ich weiß**, dass ich meine Einwilligung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Kindes (ab 15 Jahren möglich) oder der gesetzlichen Vertretung
(Beispiel: Elternteil) oder Unterschrift der betreuenden Person

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist eine Unterschrift zu 12.2 erforderlich. Die Unterschrift durch eine betreuende Person ist nur bei Geschäftsunfähigkeit bzw. bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit des Kindes vorgesehen. Ein Nachweis muss beigefügt oder nachgereicht werden! Die Unterschrift einer bzw. eines Bevollmächtigten genügt nicht.

12.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.

Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen kann. **Ich verpflichte mich**, Änderungen zu den Angaben in diesem Antrag dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

Bitte bestätigen Sie hier mit zwei Unterschriften.

Hinweis: Meist unterschreibt zwei Mal **derselbe Elternteil**, nämlich die Person, aus deren Rentenversicherung die Reha beantragt wird. Die zweite Unterschrift bezieht sich auf das Kind, bei Kindern unter 15 Jahren unterschreibt ebenfalls der Elternteil.

Ort, Datum

Unterschrift der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird
(Beispiel: Elternteil)

Ort. Datum

Unterschrift des Kindes (ab 15 Jahren möglich) oder der gesetzlichen Vertretung
(Beispiel: Elternteil) oder Unterschrift der betreuenden Person