

Government	Percentage
Current	85
Previous	10
Future	5



Government	Percentage
Current Government	65%
Previous Government	35%

Eingangsstempel
des Rentenversicherungsträgers

G0200

**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau**

Name	Vorname
Geburtsname	frühere Namen
Geburtsdatum _ _ . _ _	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers
Straße, Hausnummer _____	Telefon _____-____-_____ _
Postleitzahl ___ __ ____ _ __	Wohnort _____

Angehörigenverhältnis zur Person in Ziffer 1	
☐ eigenes Kind	☐ in den Haushalt aufgenommenes Stiefkind oder Pflegekind
☐ Enkel, Bruder oder Schwester, wenn in den Haushalt aufgenommen oder überwiegend unterhalten	
Name, Vorname, Geburtsname	
Geburtsdatum	Geschlecht
	☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Straße, Hausnummer	Telefon
Postleitzahl	Wohnort

Age Group	Number of People
0-14	10
15-24	20
25-34	40
35-44	30
45-54	20
55-64	10
65-74	5
75-84	2
85-94	1
95-104	1

3 Begleitperson

Wird die Mitnahme einer Begleitperson beantragt?

☐ nein ☐ ja, die Mitnahme einer Begleitperson wird beantragt

(Hinweis: Wenn das Kind 12 Jahre oder älter ist, bedarf es einer medizinischen Begründung der Notwendigkeit!)

4 Wunsch- und Wahlrecht (Angaben freiwillig)

An dieser Stelle besteht die Gelegenheit, mitzuteilen, in welcher Rehabilitationseinrichtung die Leistung durchgeführt werden soll. Mehrere (bis zu 3) Wünsche können angegeben werden. Die Eintragungen sollten in der gewünschten Rangfolge vorgenommen werden.

Auf der Internetseite www.rv-reha.de sind alle Rehabilitationseinrichtungen benannt, die ausgewählt werden können.

Sofern kein Wunsch geäußert wird, unterbreitet die Deutsche Rentenversicherung bis zu 4 Vorschläge mit geeigneten Rehabilitationseinrichtungen.

Die Kinderrehabilitation sollte nach Möglichkeit in einer der nachfolgend benannten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden (Angaben freiwillig):

1. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

2. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

3. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

5 Krankenkasse des Kindes

Name	
☐ Gesetzliche Krankenkasse	☐ Private Krankenversicherung



6 **Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt des Kindes**

Name					Vorname				
Straße, Hausnummer								Telefon	
Postleitzahl		Ort							

7 Weitere Angaben zum Kind

7.1 Bezieht das Kind eine Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?		
Name des Rentenversicherungsträgers	Versicherungsnummer	
☐ nein ☐ ja		
7.2 Übt das Kind eine Beschäftigung aus, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet?		
Name und Anschrift des Dienstherrn oder des Trägers der Versorgungslast		
☐ nein ☐ ja		
7.3 Sind bei dem Kind Gesundheitsstörungen anerkannt worden als		
- Folge eines Unfalls in der Kindertagesstätte oder Schule, Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls - Berufskrankheit, - Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung, - Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist, - Folge einer Gewalttat im Sinne des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch - Soziale Entschädigung, - Verfolgtenleiden, - Impfschaden?		
Von welcher Stelle?	Aktenzeichen	
☐ nein ☐ ja		
Welche Gesundheitsstörungen?		
Falls nein, wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?		
Bei welcher Stelle?		
☐ nein ☐ ja		
7.4 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende Gesundheitsstörung des Kindes ganz oder teilweise Folge eines Unfalls oder durch andere Personen verursacht worden?		
☐ nein ☐ ja, Formular F0870 - Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII - bitte beifügen.		
Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?		
am	bei welcher Stelle?	
Aktenzeichen		
☐ nein ☐ ja		



Age Group	Number of People
0-10	10
11-20	20
21-30	90
31-40	30
41-50	20
51-60	10
61-70	5
71-80	5
81-90	5
91-100	5

Das Kind

☐ befindet sich in Schulausbildung oder Studium (Bitte Schulbescheinigung oder Studienbescheinigung beifügen!)

☐ befindet sich in Berufsausbildung (Bitte Kopie des Ausbildungsvertrages beifügen!)

☐ leistet ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder einen Bundesfreiwilligendienst (Bitte Bescheinigung des zuständigen Trägers beifügen!)

☐ ist wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande, sich selbst zu unterhalten (Bitte Nachweis über die Behinderung beifügen!)

9.1 Wurden oder werden Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

☐ nein ☐ ja

9.2 Wurden Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

☐ nein ☐ ja

9.3 Werden aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

☐ nein ☐ ja, Formular G0205 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für Angehörige bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!

9.4 Wird eine Beschäftigung ausgeübt, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

☐ nein ☐ ja

Wird der Antrag durch andere Personen gestellt?

☐ nein, weiter bei Ziffer 11

☐ ja, der Antrag wird in Vertretung gestellt von
(**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen**)

Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen)

In der Eigenschaft als

☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer

Telefon	
---------	--

Postleitzahl

Wohnort	
---------	--



11 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Ist das Kind auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzt das Kind behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)?

Falls ja, das Kind ist angewiesen auf:

☐ nein ☐ ja

12 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

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 CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)☐ als Hörmedium (CD-DAISY Format)

13 Erklärung und Information

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 zu.

13.1 Einwilligungserklärung (nicht Zutreffendes streichen)

Ich willige ein, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über den Gesundheitszustand des Kindes erteilt werden dürfen, soweit dies für die Entscheidung über den Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die von mir Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen hierzu erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. **Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch Auskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Kinderrehabilitationen des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung / Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.



Age Group	Number of People
0-4	10
5-9	5
10-14	15
15-19	10
20-24	12
25-29	10
30-34	12
35-39	10
40-44	15
45-49	15
50-54	10
55-59	15
60-64	15
65+	10

noch Ziffer **13.1**

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:

- des Kindes oder der gesetzlichen Vertretung

oder

- des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).

Ein Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit

☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort. Datum

Unterschrift des Kindes oder der gesetzlichen Vertretung / des Betreuers

13.2 Information

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Ebenfalls dürfen andere Sozialleistungsträger und der Medizinische Dienst die medizinischen Daten, die dort bereits vorliegen, an uns weitergeben.

Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter oder Rehabilitationseinrichtungen) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 SGB X. Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I).

Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 SGB I ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

13.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

Ich verpflichte mich, Änderungen zu den Angaben in diesem Antrag dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

Unterschriften

Ort, Datum

Unterschrift der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Ort, Datum

Unterschrift des Kindes oder der gesetzlichen Vertretung / des Betreuers

