



Aktenzeichen:

Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (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).

A. Angaben zur Person (Angaben bitte gegebenenfalls berichtigen.)

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)			Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			Geburtsort
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Rufnummer	Rentenversicherungs-Nr.

Familienstand

☐ ledig Falls nicht ledig, seit _____
Tag, Monat, Jahr

☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden
☐ verwitwet ☐ in eingetragener Partnerschaft lebend

B. Angaben zur beantragten Leistung

1. Beantragte Leistungsart:

☐ ambulante Rehabilitation _____
gewünschtes Rehabilitationszentrum

☐ stationäre Rehabilitation _____
gewünschtes Rehabilitationszentrum

gewünschter Behandlungsbeginn	Ausweichtermin
-------------------------------	----------------

2. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (z. B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, allergenarm, hausstaubmilbenfrei, Barrierefreiheit)



Aktenzeichen:

C. Angaben zur Beitragszahlung und zum Leistungsbezug

1. Werden oder wurden Beiträge an die landwirtschaftliche Alterskasse (LAK) entrichtet?

☐ nein

☐ ja, und zwar

Name des Beitragszahlers falls abweichend vom Antragsteller zu A

Geburtsdatum

Mitgliedsnummer bei der Alterskasse

2. Haben Sie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund, ehemals BfA oder regionale Träger der Deutschen Rentenversicherung, ehemals LVA) entrichtet?

☐ nein

☐ ja, und zwar

☐ Pflicht- ☐ freiwillige Beiträge

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

3. Entrichten Sie laufend Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung?

☐ nein

☐ ja, und zwar

☐ Pflicht- ☐ freiwillige Beiträge

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

4. Wird bereits eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte bezogen oder wurde eine solche beantragt?

☐ nein

☐ ja, und zwar

- ☐ Rente wegen Alters
☐ Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
☐ Hinterbliebenenrente
☐ Landabgaberente
☐ Produktionsaufgaberente

Name des Rentenbeziehers/Rentenantragstellers falls abweichend vom Antragsteller zu A

5. Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert (z. B. LKK, AOK, BKK, DAK)?

Name und Anschrift der Krankenkasse

Art der Versicherung:

☐ pflicht- ☐ freiwillig ☐ als Rentner ☐ familien- ☐ privat versichert

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

☐ nein ☐ ja

7. Beziehen Sie eine Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ nein

☐ ja, Bezug seit

Tag, Monat, Jahr

Antrag am

Tag, Monat, Jahr

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer



Aktenzeichen:

D. Angaben über die Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit

1. Bei wem sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?

Name und Anschrift des Arztes

2. Befanden Sie sich in den letzten vier Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung?

☐ nein

☐ ja, zuletzt vom _____ bis _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

Name des Krankenhauses

Grund

3. Sind Leiden als Folge von Wehr- oder Zivildienstbeschädigung, als Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist, als Folge eines Arbeitsunfalls, als Berufskrankheit, als Verfolgtenseiden, als Impfschaden oder als Folge einer Gewalttat anerkannt?

☐ nein

☐ ja, und zwar

von welcher Stelle?

Aktenzeichen

4. Haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ nein

☐ ja, und zwar

bei welcher Stelle?

Aktenzeichen

5. Sind Leiden Folgen einer durch Dritte verursachten Körperverletzung oder Krankheit (z. B. Verkehrsunfall, sonstiger Unfall, Ansteckung)?

☐ nein

☐ ja

6. Haben Sie in den letzten vier Jahren medizinische Leistungen zur Rehabilitation, Kuren (auch bezuschusste der Krankenkasse) oder ähnliche Leistungen von folgenden Trägern erhalten?

Krankenkasse

☐ nein

☐ ja, vom

Tag, Monat, Jahr

bis

Tag, Monat, Jahr

Deutsche Rentenversicherung

☐ nein

☐ ja, vom

Tag, Monat, Jahr

bis

Tag, Monat, Jahr

Versorgungsamt

☐ nein

☐ ja, vom

Tag, Monat, Jahr

bis

Tag, Monat, Jahr

Unfallversicherung

☐ nein

☐ ja, vom

Tag, Monat, Jahr

bis

Tag, Monat, Jahr

Sonstige

☐ nein

☐ ja, und zwar

vom

Tag, Monat, Jahr

bis

Tag, Monat, Jahr

Die medizinische Notwendigkeit der beantragten Leistung zur Rehabilitation ist durch den behandelnden Arzt zu bestätigen. Bitte das anliegende Befundformular beifügen!

E. Zuzahlung

Grundsätzlich ist bei medizinischen Leistungen zur Rehabilitation eine Zuzahlung zu leisten; siehe beiliegende Hinweise. Bei unzumutbarer Belastung kann die Befreiung von der Zuzahlung beantragt werden.

Wird ein Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung gestellt?

☐ nein

☐ ja



Aktenzeichen:

F. Betriebs- und Haushaltshilfe
Wird anlässlich der beantragten Leistung zur Rehabilitation für die Aufrechterhaltung des landwirtschaftlichen Unternehmens/Haushalts Betriebs- oder Haushaltshilfe benötigt? ☐ nein ☐ ja Falls ja, erhalten Sie von uns in Kürze einen entsprechenden Antragsvordruck übersandt, der ausgefüllt vor Beginn des Einsatzes einer Ersatzkraft vorzulegen ist. Wir weisen darauf hin, dass die Alterskasse für den anlässlich der Durchführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gegebenenfalls entstehenden Verdienstaufschlag aus einer außerlandwirtschaftlichen Beschäftigung keine Lohnersatzleistungen übernehmen kann.
G. Weitere Teilhabeleistungen
Sollen neben der medizinischen Rehabilitationsleistung weitere Teilhabeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch IX beantragt werden (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, soziale Teilhabeleistungen)? ☐ nein ☐ ja, und zwar: _____
H. Mitaufnahme eines Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitationsleistung
Pflegen Sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI und ist dessen gleichzeitige Mitaufnahme während der stationären Rehabilitationsleistung in der Rehabilitationseinrichtung erforderlich? ☐ nein ☐ ja, Name des Pflegebedürftigen: _____
I. Zahlungsempfänger bei Überweisungen
Auf welches Konto sollen eventuelle Kostenerstattungen überwiesen werden? ☐ auf eines meiner bei der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) bekannten Konten ☐ auf das nachstehende Konto: _____ Name und Sitz der Bank _____ Kontoinhaber (nur erforderlich, falls nicht identisch mit oben genannter Person) _____ IBAN _____ BIC
J. Erklärung und Unterschrift des Antragstellers
Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen können. Eintretende Änderungen gegenüber den im Antrag gemachten Angaben werde ich unverzüglich, gegebenenfalls auch vor Erteilung eines Bescheides, mitteilen. Ferner nehme ich hiermit zur Kenntnis, dass • der Antrag nur bearbeitet werden kann, wenn die Fragen vollständig beantwortet sind, • sich die Pflicht, beim Ausfüllen des Antragsvordrucks mitzuwirken, Beweismittel anzugeben und vorzulegen sowie der Erteilung erforderlicher Auskünfte durch Dritte zuzustimmen, aus § 60 SGB I ergibt, • hinsichtlich der Leistungsgewährung einzelne Angaben im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflicht an andere Sozialversicherungsträger weitergegeben werden können. Ich nehme zur Kenntnis, dass Daten, die die Alterskasse im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von mir beantragten Leistung erhalten hat, an einen anderen Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) oder für eigene Aufgaben an einen sonstigen Dritten (beispielsweise einen anderen Gutachter) weitergegeben werden dürfen, falls dies erforderlich ist. Das ergibt sich aus § 76 i. V. m. § 69 SGB X. Ich kann einer solchen Weitergabe aber jederzeit und ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass mir eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn ich zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden bin (§ 66 SGB I).



Aktenzeichen: _____

Soweit es für die Prüfung und Bearbeitung meines Antrages erforderlich ist, entbinde ich die Ärzte, die ich im Antrag angegeben habe und denen ich vorgestellt wurde, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Alterskasse. Unter den gleichen Voraussetzungen erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Alterskasse Versicherungsunterlagen, Akten, Gutachten, Krankenunterlagen und Röntgenaufnahmen von anderen Sozialleistungsträgern, von Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen und von Gerichten sowie den kompletten ärztlichen Entlassungsbericht der Rehabilitationseinrichtung, in der im Bewilligungsfall die Rehabilitationsleistung erbracht wird, bezieht und auswertet.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben, werde ich der Alterskasse umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110, 111 SGB VII, § 116 oder § 119 SGB X die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an die Alterskasse und an Dritte herausgegeben und von Ihnen eingesehen und verwertet werden.

Ich verpflichte mich, Veränderungen in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen (z. B. Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Renten-, Kranken-, Arbeitslosen-, Pflege- oder Unfallversicherung, nach dem Sozialgesetzbuch und dem Bundesversorgungsgesetz) der Alterskasse sofort mitzuteilen.

Datum

Unterschrift

K. Antragstellung durch eine andere Person (bitte Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichtes beifügen)

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Telefon Vorwahl/Rufnummer

in Eigenschaft als ☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter

Als Anlagen sind beigefügt

☐☐

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.