

Sozialrecht

Anspruchsteller

Name: _____ Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Mobil: _____ Fax: _____

Geb.datum: _____

Rechtsschutzversicherung: _____

Rechtsschutzversicherungsnummer: _____

Vorsteuerabzugsberechtigt: ja nein

Falls ein Dolmetscher vor Gericht erforderlich ist, für welche Sprache: _____

Bescheid (*bitte beifügen*)
des/der

(Bundes-)Agentur für Arbeit in (Ort) _____

Deutsche Rentenversicherung Aktenzeichen _____

Integrationsamt Datum des Bescheids _____

Landratsamt Poststempel _____

Berufsgenossenschaft Der Bescheid ist mir zugegangen am _____

Krankenkasse an das genaue Zugangsdatum kann ich mich nicht
erinnern

Sonstige _____ Mit dem Bescheid wurde abgelehnt/ angeordnet:

Alle Bescheide, die mit dem Anspruch zusammenhängen, bitte ebenfalls beifügen.

Arbeitsverhältnis

Name und Anschrift des (letzten) Arbeitgebers _____

Zuletzt ausgeübte Beschäftigung als _____

seit _____ Berufsausbildung/ Abschluss als: _____

Das Arbeitsverhältnis besteht noch

wurde beendet am _____ durch _____ wegen _____

Bei Verfahren wegen Renten und wegen der Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft:

Ich bin bei folgenden Ärzten in Behandlung

Name	Fachrichtung	Adresse	In Behandlung seit	Zuletzt vorstellig am

Ich hatte folgende Krankenhausaufenthalte

Name	Station	Adresse	Wegen	von	bis

Bitte sämtliche Befundberichte, Arztbriefe, Entlassberichte, Atteste etc. beifügen.

Bei Verfahren wegen eines Arbeitsunfalls/ einer Berufskrankheit:

Folgende Ärzte haben mich wegen des Arbeitsunfalls/ der Berufskrankheit behandelt:

Name	Fachrichtung	Adresse	In Behandlung seit	Zuletzt vorstellig am

Folgende Ärzte haben mich wegen nicht anerkannter Folgen des Arbeitsunfalls/ der Berufskrankheit behandelt:

Name	Fachrichtung	Adresse	In Behandlung seit	Zuletzt vorstellig am

Nicht anerkannt wurde:

Folgendes sollten Sie zu meinem Verfahren noch wissen:

Ort, Datum Unterschrift