

Absender: Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anschrift der Kommune

--	--

Datum und Zeichen Ihres Ersuchens	Telefax	Telefon, Auskunft erteilt	Datum
-----------------------------------	---------	---------------------------	-------

Ersuchen nach § 45 Abs. 1 SGB XII

1. Angaben zur Person

Name		Vorname	
Geburtsname			
Geburtsdatum		Geschlecht	Staatsangehörigkeit
		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsort			
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)			
Postleitzahl		Wohnort	

2. Ergebnis der Prüfung der in § 41 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII genannten Voraussetzungen

<input type="checkbox"/> Die oben genannte Person ist unabhängig von der Arbeitsmarktlage voll erwerbsgemindert im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB VI und es ist unwahrscheinlich, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden kann. Die volle Erwerbsminderung besteht (zumindest) seit
<input type="checkbox"/> Die oben genannte Person erfüllt die in § 41 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII genannten Voraussetzungen nicht, weil <input type="checkbox"/> sie unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes noch mindestens 3 Std. täglich erwerbstätig sein kann. <input type="checkbox"/> es nicht unwahrscheinlich ist, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden kann. <input type="checkbox"/> nach Aktenlage festgestellt wurde, dass volle Erwerbsminderung nicht vorliegt. Eine ärztliche Untersuchung konnte nicht durchgeführt werden, da der/die Antragsteller/in zum vorgesehenen Untersuchungstermin nicht erschienen ist.

3. Mangelnde Mitwirkung

<input type="checkbox"/> Die oben genannte Person ist einem Termin zur ärztlichen Begutachtung am unentschuldigt ferngeblieben. Das Ersuchen wird als erledigt angesehen.

4. **Sonstiges**

Die uns überlassenen Unterlagen werden zu unserer Entlastung zurückgegeben.

5. Pauschalierte **Abrechnung** der Kosten nach der Vereinbarung zwischen den kommunalen Spitzenverbänden und dem VDR :

Die Feststellung erfolgte

- | | |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> nach Aktenlage | 100,- EUR |
| <input type="checkbox"/> nach Aktenlage und weiteren Ermittlungen | 150,- EUR |
| <input type="checkbox"/> nach einer Untersuchung | 350,- EUR |
| <input type="checkbox"/> nach zwei oder mehreren Untersuchungen | 600,- EUR |

neue Bundesländer: EUR¹

Wir bitten den Betrag in Höhe von EUR auf eines der unten aufgeführten Konten zu überweisen.

Unterschrift	Dienststempel des Rentenversicherungsträgers
--------------	--

¹ Neue Bundesländer: 90 % der Kosten für die alten Bundesländer, siehe Ziffer I. 1 Satz 2 der Vereinbarung zwischen den kommunalen Spitzenverbänden und dem VDR