

Versicherungsnummer der Person, aus deren
Versicherung die Leistung beantragt wird

 Kennzeichen
(soweit bekannt)

 Eingangsstempel
der Antrag aufnehmenden Stelle

 Eingangsstempel
des Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für nichtversicherte Kinder und Jugendliche (Kinderrehabilitation)

nach § 31 Absatz 1 Nummer 4 SGB VI

G0200

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - und des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) - von Ihnen 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 des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil (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).

1 Angaben zur Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird (zum Beispiel Elternteil)

Name		Vorname (Rufname)	
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Geburtsort (Kreis, Land)			
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort		
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)			

2 Angaben zur Person des Kindes

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 (Rufname), Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht	Versicherungsnummer des Kindes (soweit vorhanden)	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Geburtsort (Kreis, Land)		Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort		
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)			

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird
--

Kennzeichen (soweit bekannt)

3 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP)

Nimmt das Kind an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?	
<input type="checkbox"/> 0 nein	<input type="checkbox"/> 1 ja

4 Krankenkasse des Kindes

Name		
Straße, Hausnummer		Telefon
Postleitzahl	Ort	
<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Krankenkasse	
<input type="checkbox"/>	Private Krankenversicherung	

5 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt des Kindes

Name		Vorname
Straße, Hausnummer		Telefon
Postleitzahl	Ort	

6 Weitere Angaben zum Kind

6.1 Wurden oder werden für das Kind Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?		
Name des Rentenversicherungsträgers		von - bis
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
6.2 Bezieht das Kind eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt (zum Beispiel auf Waisenrente)?		
Name des Rentenversicherungsträgers		Versicherungsnummer
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
6.3 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		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
6.4 Sind bei dem Kind Gesundheitsstörungen anerkannt worden als		
- Folge eines Unfalls in der Kindertagesstätte oder Schule,		
- Folge eines 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 Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,		
- Verfolgtenleiden,		
- Impfschaden?		
Von welcher Stelle?		Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Welche Gesundheitsstörungen?		

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird
--

Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer **6.4**

<p>Wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt? Bei welcher Stelle?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>6.5 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende Gesundheitsstörung des Kindes ganz oder teilweise Folge eines Unfalls oder durch andere Personen verursacht worden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Formular R0870) bitte beifügen.</p> <p>Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?</p> <p>am _____ bei welcher Stelle? _____ Aktenzeichen _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>6.6 Hat das Kind in den letzten 4 Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?</p> <p>Von welcher Stelle zuletzt? _____ Aktenzeichen _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ von - bis</p>

7 Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn das Kind mindestens 18 Jahre alt ist

<p>Das Kind</p> <p><input type="checkbox"/> befindet sich in Schulausbildung oder Studium (Bitte Schulbescheinigung oder Studienbescheinigung beifügen!)</p> <p><input type="checkbox"/> befindet sich in Berufsausbildung (Bitte Kopie des Ausbildungsvertrages beifügen!)</p> <p><input type="checkbox"/> leistet ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder einen Bundesfreiwilligendienst (Bitte Bescheinigung des zuständigen Trägers beifügen!)</p> <p><input type="checkbox"/> ist wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande, sich selbst zu unterhalten (Bitte Nachweis über die Behinderung beifügen!)</p>

8 Weitere Angaben zur Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

<p>8.1 Wurden oder werden Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>8.2 Wurden Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?</p> <p>Staat _____ von - bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>8.3 Werden aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Formular G0205 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für nichtversicherte Angehörige bei grenzüberschreitenden Fällen) bitte beifügen!</p>
<p>8.4 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?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird
--

Kennzeichen (soweit bekannt)

9 Antragstellung durch eine andere Person

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen!

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (AktENZEICHEN)	
In der Eigenschaft als	
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Vormund
<input type="checkbox"/> Betreuer	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer	
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	
für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Seite 5 Ziffer 15.2)	
Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten	
<input type="checkbox"/> ist beigefügt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht

10 Bankverbindung

(die Angabe ist freiwillig, zugleich für eine Überweisung unverzichtbar)

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

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)?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, das Kind ist angewiesen auf:

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)

