



Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

nach § 26 Bundesversorgungsgesetz (BVG) zum Zwecke der

¹⁾ beruflichen Fortbildung ¹⁾ Umschulung ¹⁾ Ausbildung ¹⁾ Schulausbildung

1. Antragsteller(in) / Auszubildende(r)

Name, Vorname

geboren am

Wohnort und Straße

Familienstand

Zahl der minderjährigen Kinder

Krankenkasse

Rententräger / RV-Nr.

2. Ich erhalte Beschädigten-/Hinterbliebenenrente nach dem BVG / OEG / SVG / ZDG / IfSG / HHG / StrRehaG

Mein Anspruch auf Versorgungsbezüge oder Grundrente ruht nach § 65 BVG

Meine Grundrente ist kapitalisiert

Bescheid wurde erteilt vom

Als gesundheitliche Schädigung ist anerkannt (Bezeichnung)

Hiernach beträgt der Grad der Schädigungsfolgen (GdS)

Ich beziehe

ja nein

ja nein

ja in Höhe von € _____

nein ¹⁾

Versorgungsamt _____

am _____

Grundlisten-Nr. _____

_____ v. H.

Pflegezulage Stufe _____

Schwerstbeschädigtenzulage Stufe _____

Berufsschadensausgleich _____

nach Leistungsgruppe _____

3. Angehörige der / des Beschädigten

	Ehegatte / eingetragener Lebenspartner	sonstige Haushaltsangehörige					
Name							
Vorname							
geboren am							
Verwandtschaftsverhältnis z. Beschädigten							
Anschrift							
Familienstand							
Beruf oder Erwerbstätigkeit							
Beschädigter i. S. des BVG mit eine GdS um	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.

4. Schulausbildung

vom	bis	
_____	- _____	_____
_____	- _____	_____
_____	- _____	_____
_____	- _____	_____

5. Arbeits-, Wehr-, Kriegsdienst und Kriegsgefangenschaft

vom	bis	
_____	- _____	_____
_____	- _____	_____
_____	- _____	_____
_____	- _____	_____

6. Arbeitsverhältnis einschließlich Ausbildung

(in lückenloser zeitlicher Reihenfolge, auch Zeiten der Arbeitslosigkeit sind zu vermerken; die unter 4. und 5. aufgeführten Zeiten sind jedoch nicht mehr anzugeben)

vom	bis	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber
a) vor der Schädigung			
_____	- _____	_____	_____
_____	- _____	_____	_____
_____	- _____	_____	_____
_____	- _____	_____	_____
b) nach der Schädigung			
_____	- _____	_____	_____
_____	- _____	_____	_____
_____	- _____	_____	_____
c) zurzeit			
_____	- _____	_____	_____
_____	- _____	_____	_____
_____	- _____	_____	_____

7. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden beantragt für folgende Maßnahme:

(Art der Ausbildung, angestrebter Beruf)

8. Maßnahmebeginn:

(wenn bekannt)

9. Ausbildungsort:

(wenn bekannt)

10. Voraussichtliche Dauer der Maßnahme:

(wenn bekannt)

11. Begründung

(insbesondere Gründe für Berufswechsel, Auswirkungen der Beschädigung)

12. Monatliche Aufwendungen / Einnahmen

Monatliche Aufwendungen (Angaben in €)	Antragsteller	Ehegatte / eingetragener Lebenspartner	Kinder und Familienmitglieder mit Namensangabe		
Wohnungsmiete					
Garagenmiete					
Hauslasten					
Freiwillige Beiträge zur Krankenversicherung					
Freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung					
Kfz-Haftpflichtversicherung					
Sonstige Versicherungsbeiträge					
Beiträge zu Berufsverbänden					
Fahrtkosten - Entfernung zwischen Wohnort und Arbeitsort in km					
Sonstige lfd. Zahlungsverpflichtungen					
Gesamtaufwendungen					
Monatliche Einnahmen (Angaben in €)					
Netto-Arbeitseinkommen					
Kindergeld					
Urlaubsgeld (im vergangenen Kalenderjahr)					
Einkünfte aus Gewerbebetrieb					
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft					
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung					
BVG-Grundrente					
BVG-Ausgleichsrente mit Ehegattenzuschlag					
BVG-Kinderzuschlag					
BVG-Berufsschadensausgleich / Schadensausgleich					
BVG-Elterrente					
Arb. / Angestellten Versicherung - eigene Versicherung – (Rente)					
Arb. / Angestellten Witwenrente / Waisenrente					
LAG-Unterhaltshilfe					
LAG-Entschädigungsrente					
Krankengeld					
Unfallrente					
Leistungen nach dem SGB III / SGB II					
Pension /Witwengeld / Waisengeld					
Ausbildungs- und Erziehungsbeihilfen					
Unterhaltsbeiträge					
Wohngeld					
Gesamteinnahmen					

13. Sonstige Angaben

Hat der(die) Antragsteller(in) Anträge auf Gewährung von Renten, andere Sozialleistungen oder ähnliche Leistungen gestellt, über die noch nicht entschieden ist (z. B. nach beamtenrechtlichen Vorschriften, Art. 131 GG, Vorschriften der Sozialversicherung oder dergleichen) sind Name, Anschrift und Aktenzeichen der Verwaltungsstelle sowie die Rechtsgrundlage für die Anträge anzugeben.

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben. Über die Folgen wissentlich falscher Erklärungen bin ich mir bewusst. Ich verpflichte mich, jede Änderung in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen und in den Verhältnissen meiner Angehörigen der zuständigen Fürsorgestelle unverzüglich mitzuteilen. Zu den Veränderungen zählen auch der Abschluss, eine Unterbrechung oder unvorhergesehene Verzögerung der Ausbildung (z. B. durch Krankheit). Die Anzeigepflicht erstreckt sich auch auf die Unterrichtung der Bewilligungsbehörde über Anträge auf Gewährung von Renten oder ähnlichen Leistungen, die nach Einreichung dieses Antrages gestellt werden. Es ist mir bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen von mir zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung von mir vorsätzlich oder grob fahrlässig verschuldet ist.

14. Bankverbindung der / des Antragsteller(in)

Zahlungen bitte ich auf das Konto Nr. _____ Bankleitzahl: _____

_____ Geldinstitut

IBAN: _____

BIC: _____

zu überweisen.

- Anlagen:**
- _____ Lebenslauf
 - _____ Studien- / Schulbescheinigung
 - _____ Stellungnahme der Agentur für Arbeit / der Schule
 - _____ Schulabgangszeugnis
 - _____ Zeugnis der Berufsausbildung
 - _____ Einkommensbescheinigung
 - _____ Mietbescheinigungen / Hauslastenberechnungen
 - _____ Fahrtkostennachweise
 - _____ _____
 - _____ _____
 - _____ _____

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers oder des bevollmächtigten Vertreters (Vollmacht ist nachzuweisen)