

# Anlage V

## Prüfung der Wahrscheinlichkeit des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 41 Abs. 3 SGB XII

An das  
Landratsamt  
-Amt für Sozialwesen-  
Am Hohlweg 2  
92660 Neustadt

Posteingang

Az.: \_\_\_\_\_

### Antragsteller:

Name evtl. Geburtsname:		Vorname (Bitte alle Vornamen angeben!):	
Straße, Hausnummer:		PLZ:	Ort:
E-Mail:		Telefon:	Telefax:
Geburtsdatum:	Geburtsort (Gemeinde, Landkreis, Land):		
Geschlecht männlich weiblich		Staatsangehörigkeit:	Rentenversicherungsnummer:
Der Antrag wird in Vertretung gestellt von (Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichts bitte beifügen!)			
Name, Vorname, Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)			
In der Eigenschaft als gesetzl. Vertreter                      Vormund                      Betreuer                      Bevollmächtigter			
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort, telefonisch tagsüber zu erreichen			
Der/Die Antragssteller/in hat das 18. Lebensjahr vollendet und  bezieht keine Rente wegen Erwerbsminderung  hat einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung gestellt  am _____ bei _____			

**Der/Die Antragsteller/in macht folgende Gesundheitsstörungen geltend:**

--

**Die Gesundheitsstörung besteht seit:** \_\_\_\_\_

**Ärztliche Behandlung:**

Arzt / Krankenhaus / Rehabilitationsklinik (Name, Anschrift, Telefon)
Behandlung wegen
Arzt / Krankenhaus / Rehabilitationsklinik (Name, Anschrift, Telefon)
Behandlung wegen

Befundbericht / ärztliches Gutachten ist / sind beigefügt!    ja    nein

Schwerbehinderung:

nein    ja    Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_

Ärztliches Gutachten und der Bescheid vom Versorgungsamt sind beigefügt!    ja    nein

**Beschäftigungsübersicht:**

<b>Beschäftigung in einer geschützten Einrichtung:</b>		
nein	ja	vom - bis _____
Gutachten des Fachausschusses ist beigefügt:		
nein	ja	Datum _____
Wenn nein: Anschrift der Einrichtung:		
<b>Beschäftigung außerhalb einer geschützten Einrichtung:</b>		
nein	ja	
zuletzt beschäftigt als	täglicher Umfang in Stunden	vom - bis

**Eine Erklärung des/der Antragsteller/in über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist beigefügt!**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Anlagen**

---

---

---

---

---

---

---