

# TA

## ZUSATZFRAGEBOGEN Technische Arbeitshilfe

Bitte zum Hauptantrag G100 und G130 hinzufügen!

### Angaben des Versicherten

Versicherungsnummer

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

Versicherter (Name, Vorname)
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Wohnort)

### Beantragte Leistung

- Orthopädischer Fahrersitz
- Orthopädische Sicherheitsschuhe
- sonstiges \_\_\_\_\_ (Bitte ausführliche Beschreibung beifügen!)

#### 1. Bescheinigung des Arbeitgebers

Bitte übergeben Sie Ihrem Arbeitgeber die „Bescheinigung des Arbeitgebers“ und fügen Sie diese dem unterschriebenen Zusatzfragebogen bei

#### 2. Zusätzliche Fragen nur bei Antragstellung auf orthopädische Arbeitsschuhe

Wurden für Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt von einem Sozialleistungsträger Zuschüsse für orthopädische Arbeitsschuhe bzw. orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe bewilligt?

nein       ja, durch \_\_\_\_\_  
(Bitte Bescheid beilegen)

Hat ein Träger der gesetzlichen Krankenversicherung für Sie bereits Zuschüsse für normale orthopädische Schuhe bewilligt?

nein       ja, durch die Krankenkasse \_\_\_\_\_  
(Bitte Bescheid beilegen)

#### 3. Unterschrift der/des Versicherten

Ort, Datum

Unterschrift

### Anlage

- Bescheinigung des Arbeitgebers ist beigelegt

## Bescheinigung des Arbeitgebers zum Zusatz- fragebogen technische Arbeitshilfe

Versicherungsnummer

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

Versicherter (Name, Vorname)
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Wohnort)

### Bescheinigung des Arbeitgebers

<b>1.</b>	Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis	Ist das Beschäftigungsverhältnis gekündigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zum
	Grund	Grund
<b>2.</b>	Handelt es sich um einen behinderungsgerechten Dauerarbeitsplatz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>3.</b>	Handelt es sich um einen orthopädischen Fahrersitz <input type="checkbox"/> ja → weiter unter Ziff. 3.2 <input type="checkbox"/> nein → weiter unter Ziff. 3.1	
<b>3.1</b>	<b>Angaben zur beantragten Arbeitshilfe (nicht notwendig bei orthopädischen Fahrersitzen)</b>  Leistet der Betrieb für die beantragte Arbeitshilfe einen Zuschuss? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar in Höhe von ..... EUR  Ist an dem Arbeitsplatz das benötigte Hilfsmittel (z. B. aus Unfallverhütungsvorschriften) zwingend vorgeschrieben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  Handelt es sich um spezielle orthopädische Arbeitsschuhe? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → <ul style="list-style-type: none"> <li>• In welcher Höhe werden vom Betrieb die Kosten für normale Arbeitsschuhe übernommen? ..... EUR</li> <li>• In welcher Höhe werden vom Betrieb die Kosten für Arbeitssicherheitsschuhe übernommen? ..... EUR</li> <li>• Falls vom Betrieb keine Kosten übernommen werden: Dem Versicherten entstehen für normale Arbeitsschuhe bzw. Sicherheitsschuhe Kosten in Höhe von ..... EUR</li> </ul>	

**3.2 Angaben bei Antrag auf orthopädischen Fahrersitz**

Mit welchem Sitz ist das Fahrzeug derzeit ausgestattet:

---

Warum kann der bisherige Sitz nicht (mehr) verwendet werden?

---

Wie viele Stunden verbringt die/der Versicherte täglich in diesem Fahrzeug? \_\_\_\_\_

Fährt die/der Versicherte ausschließlich mit dem Fahrzeug, in das der orthopädische Fahrersitz eingebaut werden soll?

ja  nein, der Versicherte muss noch zu ..... % mit anderen Fahrzeugen fahren

Wie lange ist das Fahrzeug, in das der Sitz eingebaut werden soll, voraussichtlich noch in Gebrauch? \_\_\_\_\_ Jahre

Handelt es sich um

- ein Privatfahrzeug der/des Versicherten?
- das Fahrzeug des Arbeitgebers?
- ein vom Arbeitgeber geleastes Fahrzeug?

Erfolgt eine Eigenbeteiligung durch den Arbeitgeber (z. B. Übernahme der Einbaukosten)?

nein  ja, und zwar in Höhe von ..... EUR

Der Betrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden

Bankverbindung (IBAN International Bank Account Number)						BIC (Bank Identifier Code)				
<b>D</b>	<b>E</b>									

Geldinstitut (Name, Ort)

Kontoinhaber

**4. Hiermit wird bestätigt, dass die beantragte technische Arbeitshilfe für die Tätigkeit des Versicherten benötigt wird:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers

**Anlagen**

- Kostenvoranschlag
- nur bei **orthopädischen Fahrersitz**: Kopie des Fahrzeugscheines (Zulassungsbescheinigung Teil 1)
- \_\_\_\_\_