

Landratsamt Weimarer Land

Rehabilitation

LRA Weimarer Land – Sozialamt – Robert-Koch-Straße 7/9, 99510 Apolda

Antragsausgabe am:

Eingangsstempel:

Antrag auf Ausgleichsleistungen nach § 8 BerRehaG

Bitte füllen Sie diesen Antrag gut lesbar, entweder in Blockschrift oder mit der Schreibmaschine aus und beantworten Sie alle Fragen, indem Sie das Zutreffende ankreuzen oder ausfüllen. Fügen Sie diesem Antrag alle erforderlichen Belege bei (Ausweiskopie, Meldebescheinigung, Rehabilitierungsbescheinigung, Einkommensnachweise, Mietvertrag, etc.).

1. Angaben zur Person

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße/Nr.:		PLZ/Wohnort:
Telefon:	Ich weise mich aus durch Personalausweis-Nr.: Reisepass-Nr.:	

ledig verheiratet geschieden getrennt lebend verwitwet

2. Angaben zur beruflichen Benachteiligung

Die berufliche Rehabilitation nach dem BerRehaG wurde beantragt

am: _____ bei: _____
Datum Behörde

Die Bescheinigung nach § 17 BerRehaG vom: _____

§ 18 BerRehaG vom: _____

liegt vor liegt nicht vor, weil es
 noch nicht entschieden wurde
 abgelehnt wurde
 noch nicht beantragt wurde

Folgende Verfolgungszeiten wurden festgestellt:

von: _____ bis: _____ Monate

von: _____ bis: _____ Monate

von: _____ bis: _____ Monate

3. Angaben zur Wirtschaftsgemeinschaft

Ich lebe in einem gemeinsamen Haushalt mit:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Ausgeübte Tätigkeit	Verhältnis zum Antragsteller (z.B. Ehe-/Lebenspartner, Kind, ...)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

4. Angaben zu meiner wirtschaftlichen Lage

Einkommen nach § 82 SGB XII

Art des Einkommens	des Antragstellers	des Ehe-/Lebenspartners
Arbeitseinkommen / Ausbildungsvergütung		
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit		
Arbeitslosengeld I o. II / Unterhaltsgeld		
Altersübergangs- o. Vorruhestandsgeld		
Eingliederungsgeld der BA		
Rente (n)		
Krankengeld		
Leistungen nach dem SGB XII		
BaföG		
Kindergeld		
Unterhaltsleistungen		
Wohngeld (für Personen)		
Sonstige Einkünfte		

5. Kosten der Unterkunft (für Hauseigentümer bitte gesondert Nachweise für Nebenkosten abgeben)

Miete: _____ € Nebenkosten: _____ €

Kosten für Heizung: _____ € Sonstige Umlagen: _____ €

Gesamtkosten für die Unterkunft in tatsächlicher Höhe: _____ €

6. Bankverbindung

Die Ausgleichsleistung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kto.-Nr.: _____ BLZ: _____ Bank: _____ Inhaber: _____

Ich versichere hiermit, einen gleichlautenden Antrag bei keiner anderen Behörde gestellt zu haben. Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und in allen Teilen der Wahrheit entsprechen. Mir ist bekannt, dass ich auf Grund unrichtiger oder unvollständiger Angaben erhaltene Leistungen, unbeschadet einer etwaigen strafrechtlichen Verfolgung, zu erstatten habe. Ich verpflichte mich hiermit, jede Änderung meiner persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse umgehend mitzuteilen. Ich bin damit einverstanden, dass die im Antrag aufgeführten Behörden Auskünfte erteilen und Akteneinsicht gewähren.

Ort, Datum

Unterschrift