

Rehabilitationsträger/Kostenträger
Straße
Plz Ort

Ihr Name
Straße
Plz Ort

Ihre Rentenversicherungs-
oder
Kundennummer

Köln, Datum

Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, da ich meine letzte Tätigkeit aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr ausüben kann. Um dauerhaft beruflich neu integriert zu werden, benötige ich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Meine zuletzt ausgeübte Tätigkeit ist: XXX

Den genannten Beruf kann ich aufgrund der nachfolgenden Erkrankung(en) nicht mehr ausüben: XXX

Die Diagnose wurde an folgendem Datum gestellt: XXX

Sollten für Ihre Entscheidungsfindung weitere medizinische/therapeutische Stellungnahmen erforderlich sein, bin ich jederzeit bereit, meine Behandler/Therapeuten von der Schweigepflicht zu entbinden.

Dieser Antrag entspricht den Vorgaben des Verfahrens. Bitte erteilen Sie mir fristgerecht einen rechtsgültigen Bescheid, gegen den ich im Ablehnungsfall Widerspruch einlegen kann.

Mit freundlichen Grüßen

XXX

Anlagen: XXX