

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt)



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

Eingangsstempel
der Antrag aufnehmenden Stelle

Eingangsstempel
des Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche (Kinderrehabilitation)

G0200

Leistungen zur Kinderrehabilitation können Kinder von Versicherten und Rentnern sowie Waisenrentenbezieher erhalten. Bitte geben Sie oben die zutreffende Versicherungsnummer an.

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und des Neunten Buches Sozialgesetzbuch von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Sie können dieses Formular auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0200 ausfüllen.

1 Angaben zur Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird (zum Beispiel Elternteil)

Name		Vorname (Rufname)	
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht		
	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort		
Telefax (Angabe freiwillig)			

2 Angaben zum Kind

Angehörigenverhältnis zur Person in Ziffer 1			
<input type="checkbox"/> eigenes Kind <input type="checkbox"/> in den Haushalt aufgenommenes Stiefkind oder Pflegekind			
<input type="checkbox"/> Enkel, Bruder oder Schwester, wenn in den Haushalt aufgenommen oder überwiegend unterhalten			
Name, Vorname (Rufname), Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht		
	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			



Versicherungsnummer der Person, aus deren
Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

noch Ziffer 2

Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	
Telefax (Angabe freiwillig)		Versicherungsnummer des Kindes (soweit vorhanden)

3 Begleitperson

Wird die Mitnahme einer Begleitperson beantragt?

nein ja, die Mitnahme einer Begleitperson wird beantragt

(Hinweis: Wenn das Kind 12 Jahre oder älter ist, bedarf es einer medizinischen Begründung der Notwendigkeit!)

4 Wunsch- und Wahlrecht (Angaben freiwillig)

An dieser Stelle besteht die Gelegenheit, mitzuteilen, in welcher Rehabilitationseinrichtung die Leistung durchgeführt werden soll. Mehrere (bis zu drei) Wünsche können angegeben werden. Die Eintragungen sollten in der gewünschten Rangfolge vorgenommen werden.

Auf der Internetseite www.RV-Reha.de sind alle Rehabilitationseinrichtungen benannt, die ausgewählt werden können.

Sofern kein Wunsch geäußert wird, unterbreitet die Deutsche Rentenversicherung bis zu vier Vorschläge mit geeigneten Rehabilitationseinrichtungen.

Die Kinderrehabilitation sollte nach Möglichkeit in einer der nachfolgend benannten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden (Angaben freiwillig):

1. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

2. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

3. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:



Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

5 Krankenkasse des Kindes

Name		
Straße, Hausnummer		Telefon
Postleitzahl	Ort	
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung	

6 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt des Kindes

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		Telefon	
Postleitzahl	Ort		

7 Weitere Angaben zum Kind

7.1 Bezieht das Kind eine Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?	Name des Rentenversicherungsträgers		Versicherungsnummer
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
7.2 Übt das Kind eine Beschäftigung aus, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet?	Name und Anschrift des Dienstherrn oder des Trägers der Versorgungslast		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
7.3 Sind bei dem Kind Gesundheitsstörungen anerkannt worden als	Von welcher Stelle?		
- Folge eines Unfalls in der Kindertagesstätte oder Schule,	Aktenzeichen		
- Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls,			
- Berufskrankheit,			
- Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung,			
- Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist,			
- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,			
- Verfolgtenleiden,			
- Impfschaden?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche Gesundheitsstörungen?		
Wurde aktuell ein entsprechender Antrag gestellt?			
Bei welcher Stelle?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			



Versicherungsnummer der Person, aus deren
Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

7.4 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Gesundheitsstörung** des Kindes ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein ja, Formular F0870 - Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII - bitte beifügen.

Sind **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

am

bei welcher Stelle?

Aktenzeichen

nein ja

8 Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn das Kind mindestens 18 Jahre alt ist

Das Kind

befindet sich in Schulausbildung oder Studium (Bitte Schulbescheinigung oder Studienbescheinigung beifügen!)

befindet sich in Berufsausbildung (Bitte Kopie des Ausbildungsvertrages beifügen!)

leistet ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder einen Bundesfreiwilligendienst (Bitte Bescheinigung des zuständigen Trägers beifügen!)

ist wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande, sich selbst zu unterhalten (Bitte Nachweis über die Behinderung beifügen!)

9 Weitere Angaben zur Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

9.1 Wurden oder werden Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

nein ja

9.2 Wurden Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

Staat

von - bis

nein ja

9.3 Werden aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt?

nein ja, Formular G0205 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für Angehörige bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!

9.4 Wird eine Beschäftigung ausgeübt, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

nein ja



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

10 Antragstellung durch andere Personen

Wird der Antrag durch andere Personen gestellt?	
<input type="checkbox"/>	nein, weiter bei Ziffer 11
<input type="checkbox"/>	ja, der Antrag wird in Vertretung gestellt von (Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen)
Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen)	
In der Eigenschaft als	
<input type="checkbox"/>	Vormund
<input type="checkbox"/>	Betreuer
<input type="checkbox"/>	Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer	
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort
Telefax (Angabe freiwillig)	

11 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Ist das Kind auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzt das Kind behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führungshund oder Assistenzhund)?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, das Kind ist angewiesen auf:

12 Dokumentenzugang

12.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

- Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.
Meine De-Mail-Adresse lautet:

12.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)



