Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Antrag auf Folgeversorgung oder Wechselversorgung für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

G0135

Hinweise: Diesen Antrag nur verwenden, wenn die bisherige Tätigkeit bei demselben Arbeitgeber ausgeübt wird. Der Antrag ist vor dem Kauf beziehungsweise vor der verbindlichen Bestellung zu stellen.
Sie können dieses Formular auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0135 ausfüllen.

Name, Vorname	Geburtsdatum

1 Beantragte Leistung

Bitte fügen Sie ein Angebot eines Orthopädieschuhmachers und eine fachärztliche Empfehlung mit Begründung bei.

☐ Folgeversorgung (Verlust der Gebrauchsfähigkeit der bisherigen Versorgung)

☐ Wechselversorgung (notwendige parallele Zweitversorgung)

Übernahme der Kosten für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

☐ maßgefertigte Einlagen

☐ Zurichtungen

☐ semiorthopädische Schuhe / Modulschuhe

☐ Maßschuhe

☐ Arbeitsschuhe

2 Begründung

Folgeversorgung

☐ medizinische Notwendigkeit (veränderte medizinische Situation)

Begründung: _____

☐ irreparabler Verschleiß

Begründung:

Wechselversorgung

☐ medizinische Notwendigkeit (zum Beispiel ausgeprägte Schweißbildung)

Begründung: _____

☐ arbeitsplatzbezogene Gründe (zum Beispiel täglicher Feuchtigkeitseinfluss von außen)

Begründung:

G0135-00 DRV
Version 03003 - AGRHAQ 2/2023 - Stand 16.03.2023

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

3 Ergänzende Angaben

Haben Sie bereits verbindlich bestellt oder gekauft?

☐ nein

☐ ja

Ich führe meine Tätigkeit unverändert fort:

☐ nein, bitte Formulare G0133, G0134 ausfüllen

☐ ja

Ich bin noch bei demselben Arbeitgeber beschäftigt:

☐ nein, bitte Formulare G0133, G0134 ausfüllen

☐ ja

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

4 Angaben des Arbeitgebers

Die Angaben der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers werden bestätigt.

Der Arbeitgeber beteiligt sich an den Kosten in Höhe von _____ EUR

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arbeitgebers

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:

☐ Angebot eines Orthopädieschuhmachers

☐ fachärztliche Empfehlung mit Begründung

☐ _____