

Bescheinigung des Arbeitgebers zum Zusatzfragebogen technische Arbeitshilfe

Versicherungsnummer

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

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

Bescheinigung des Arbeitgebers

1.	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
2.	Handelt es sich um einen behinderungsgerechten Dauerarbeitsplatz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
3.	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	
3.1	Angaben zur beantragten Arbeitshilfe (nicht notwendig bei orthopädischen Fahrersitzen) 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"> • In welcher Höhe werden vom Betrieb die Kosten für normale Arbeitsschuhe übernommen? EUR • In welcher Höhe werden vom Betrieb die Kosten für Arbeitssicherheitsschuhe übernommen? EUR • Falls vom Betrieb keine Kosten übernommen werden: Dem Versicherten entstehen für normale Arbeitsschuhe bzw. Sicherheitsschuhe Kosten in Höhe von EUR 	

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

Kontonummer: _____

BLZ: _____ Bank: _____

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)
