

Landeshauptstadt Dresden
Sozialamt
Postfach 12 00 20
01001 Dresden

Eingangsvermerk - Empfänger

Sitz: Junghansstraße 2, 01309 Dresden
Telefon: (03 51) 4 88 49 46
Telefax: (03 51) 4 88 48 34

Antrag auf Gewährung einer monatlichen Ausgleichsleistung gemäß § 8 Abs. 3 Berufliches Rehabilitationsgesetz (BerRehaG)

Erstantrag

Folgeantrag

I. Antragsteller

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnr.		
PLZ	Ort	Familienstand
Telefon/Mobilfunknummer		

In der Unterhaltsgemeinschaft lebende Personen – auch soweit diese nicht verwandt sind
(Kinder nur bis zum vollendeten 18. Lebensjahr)

Nr.	Name	Vorname	Geburts- datum	Verwandschafts- verhältnis	Beruf/Tätigkeit
1					
2					
3					
4					

Hinweis: Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte auf einem gesonderten Blatt weitere Personen aufführen.

Von der Landesdirektion Sachsen, Referat 28, Sachgebiet Rehabilitation/Entschädigung
erhielt ich am _____ einen

Rehabilitierungsbescheid
vorläufigen Rehabilitierungsbescheid
Berufliche Rehabilitation wurde am _____ beantragt.

II. Weitergewährung

Ich beantrage die Weitergewährung von Ausgleichsleistungen ab

III. Folgende Unterlagen sind dem Antrag beigefügt

vollständige Rehabilitierungsbescheinigung, wenn vorhanden

Einkommensnachweise (Verdienstbescheinigung, Rentenbescheid, Bescheid zur Gewährung von staatlichen Ersatzleistungen – Sozialhilfe, Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter, Grundsicherung für Arbeitssuchende, Arbeitslosengeld I, Unterhaltsleistungen für Kinder, Kindergeld)

Nachweis über Kosten für die Unterkunft (Mietbescheid mit der aktuellen Höhe, Kosten für selbstgenutztes Wohneigentum)

Nachweise über Beiträge zu gesetzlich vorgeschriebenen Versicherung

sonstiges

IV. Bankverbindung

Kontoinhaber/-in	Geldinstitut
IBAN	BIC

V. Hinweis

Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz. Sie werden gemäß § 39 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) für die Bearbeitung des Antrages auf Gewährung der Ausgleichsleistungen erhoben und genutzt. (siehe Hinweisblatt)

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben in diesem Formular nebst Anlagen wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe. Ich bestätige ausdrücklich, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, Änderungen des Wohnsitzes bzw. gewöhnlichen Aufenthaltes, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitteilen werde.

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss. Des Weiteren ist mir bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Leistungsverwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der Ausgleichsleistung vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers