

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

--

**Bescheinigung des Arbeitgebers zum Antrag auf Übernahme
der Kosten für einen orthopädischen Fahrersitz**

G0136

Im Allgemeinen hat der Arbeitgeber im Rahmen seiner Fürsorgepflicht alle Kosten zu tragen, die den Gesundheitsschutz seiner Mitarbeiter betreffen, also auch die Kosten eines ergonomischen Fahrersitzes, mit dem neuere Kraftfahrzeuge bereits ab Werk standardmäßig ausgestattet sind. Nur wenn ein solcher Sitz aufgrund der Behinderung des Arbeitnehmers zur Berufsausübung nicht (mehr) ausreichend ist und zusätzliche Ausstattungsmerkmale des Fahrersitzes behinderungsbedingt benötigt werden, kann die Deutsche Rentenversicherung einen Zuschuss zahlen.

Es ist ausführlich zu begründen, warum über den aktuellen Standard hinausgehende Ausstattungsmerkmale des Fahrersitzes aufgrund der Behinderung des Arbeitnehmers zur Berufsausübung notwendig sind.

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten		Geburtsdatum																					
<p>1 Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis</p> <p>Das Beschäftigungsverhältnis ist gekündigt</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zum</p>																							
<p>2 Angaben zum Fahrzeug Bitte Kopie der Zulassungsbescheinigung Teil I (Fahrzeugschein) beifügen!</p> <table border="1"> <tr> <td>Kfz-Kennzeichen</td> <td>Fahrzeugtyp</td> </tr> <tr> <td>Datum der Erstzulassung</td> <td>derzeitiger Kilometer-Stand</td> <td>jährliche Kilometer-Leistung</td> </tr> </table> <p>Es handelt sich um ein</p> <p><input type="checkbox"/> Fahrzeug des Arbeitgebers</p> <p><input type="checkbox"/> vom Arbeitgeber geleastes Fahrzeug</p> <p>Mit welchem Fahrersitz ist das Fahrzeug derzeit ausgestattet (Typ, Alter)?</p> <p>Der bisherige Fahrersitz hat folgende Sitzausstattung:</p> <p><input type="checkbox"/> siehe Produktinformation (soweit vorhanden) oder nachfolgend ankreuzen:</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kopfstützen-Höheneinstellung</td> <td><input type="checkbox"/> Kopfstützen-Neigungseinstellung</td> <td><input type="checkbox"/> Sitzflächen-Seitenbacken</td> <td><input type="checkbox"/> Armlehnen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rückenlehnen-Höheneinstellung</td> <td><input type="checkbox"/> Rückenlehnen-Neigungseinstellung</td> <td><input type="checkbox"/> Sitzflächen-Tiefeneinstellung</td> <td><input type="checkbox"/> pneumatisches / luftgefederteres Dämpfungssystem</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rückenlehnen-Neigungseinstellung</td> <td><input type="checkbox"/> Lordoseunterstützung einstellbar</td> <td><input type="checkbox"/> Sitzflächen-Neigungseinstellung</td> <td><input type="checkbox"/> Horizontalfederung / Horizontaldämpfung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rückenlehnen-Seitenwangen</td> <td><input type="checkbox"/> Sitzheizung</td> <td><input type="checkbox"/> Sitzhöheneinstellung</td> <td><input type="checkbox"/> Horizontaleinstellung (Schlitten)</td> </tr> </table>			Kfz-Kennzeichen	Fahrzeugtyp	Datum der Erstzulassung	derzeitiger Kilometer-Stand	jährliche Kilometer-Leistung	<input type="checkbox"/> Kopfstützen-Höheneinstellung	<input type="checkbox"/> Kopfstützen-Neigungseinstellung	<input type="checkbox"/> Sitzflächen-Seitenbacken	<input type="checkbox"/> Armlehnen	<input type="checkbox"/> Rückenlehnen-Höheneinstellung	<input type="checkbox"/> Rückenlehnen-Neigungseinstellung	<input type="checkbox"/> Sitzflächen-Tiefeneinstellung	<input type="checkbox"/> pneumatisches / luftgefederteres Dämpfungssystem	<input type="checkbox"/> Rückenlehnen-Neigungseinstellung	<input type="checkbox"/> Lordoseunterstützung einstellbar	<input type="checkbox"/> Sitzflächen-Neigungseinstellung	<input type="checkbox"/> Horizontalfederung / Horizontaldämpfung	<input type="checkbox"/> Rückenlehnen-Seitenwangen	<input type="checkbox"/> Sitzheizung	<input type="checkbox"/> Sitzhöheneinstellung	<input type="checkbox"/> Horizontaleinstellung (Schlitten)
Kfz-Kennzeichen	Fahrzeugtyp																						
Datum der Erstzulassung	derzeitiger Kilometer-Stand	jährliche Kilometer-Leistung																					
<input type="checkbox"/> Kopfstützen-Höheneinstellung	<input type="checkbox"/> Kopfstützen-Neigungseinstellung	<input type="checkbox"/> Sitzflächen-Seitenbacken	<input type="checkbox"/> Armlehnen																				
<input type="checkbox"/> Rückenlehnen-Höheneinstellung	<input type="checkbox"/> Rückenlehnen-Neigungseinstellung	<input type="checkbox"/> Sitzflächen-Tiefeneinstellung	<input type="checkbox"/> pneumatisches / luftgefederteres Dämpfungssystem																				
<input type="checkbox"/> Rückenlehnen-Neigungseinstellung	<input type="checkbox"/> Lordoseunterstützung einstellbar	<input type="checkbox"/> Sitzflächen-Neigungseinstellung	<input type="checkbox"/> Horizontalfederung / Horizontaldämpfung																				
<input type="checkbox"/> Rückenlehnen-Seitenwangen	<input type="checkbox"/> Sitzheizung	<input type="checkbox"/> Sitzhöheneinstellung	<input type="checkbox"/> Horizontaleinstellung (Schlitten)																				



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 2

Warum kann der bisherige Sitz nicht (mehr) verwendet werden; welche Ausstattungsmerkmale fehlen?

Wie lange ist das Fahrzeug voraussichtlich noch in Gebrauch?

Wie viele Stunden verbringt die Versicherte / der Versicherte täglich in diesem Fahrzeug?

Muss das Fahrzeug vom Arbeitnehmer beladen und entladen werden?

nein

ja

Wenn ja, in welchem Umfang?

Stehen für das Beladen und Entladen Hebehilfen und Tragehilfen zur Verfügung?

nein

ja

Wenn ja, welche?

Fährt die Versicherte / der Versicherte ausschließlich mit dem Fahrzeug, in das der orthopädische Fahrersitz eingebaut werden soll?

nein, die Versicherte / der Versicherte muss noch zu _____ Prozent mit anderen Fahrzeugen fahren

ja

Benutzen auch andere Arbeitnehmer dieses Fahrzeug?

nein

ja, zu _____ Prozent der Arbeitszeit

Erfolgt eine Beteiligung des Arbeitgebers an den Kosten (zum Beispiel Übernahme der Einbaukosten)?

nein

ja, in Höhe von _____ EUR einschließlich Mehrwertsteuer

Hiermit wird bestätigt, dass der orthopädische Fahrersitz zur Berufsausübung der Versicherten / des Versicherten benötigt wird.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen

