

Bitte senden Sie diesen Antrag vollständig ausgefüllt mit allen erforderlichen Anlagen zurück.

Versorgungswerk
der Architektenkammer Sachsen
Gustav-Adolf-Straße 2
01219 Dresden

Teilnehmernummer

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Posteingang beim VW

Antrag auf Beteiligung an den Kosten einer Rehabilitations-Maßnahme

Geburtsdatum

Geburtsort

Telefon

Telefax

E-Mail

Identifikationsnummer (vom Bundeszentralamt für Steuern)

Familienstand

Beruf

aktuelle Tätigkeit

Wurde bereits ein Zuschuss zur Rehabilitationsmaßnahme durch das Versorgungswerk gewährt?

ja

nein

Wenn ja, wann und für welche Diagnose?

bitte wenden

Vorgesehene Rehabilitationsmaßnahme:

Bitte ankreuzen.

Anschlussheilbehandlung (AHB)

stationäre Rehabilitation

stationäre Nachsorge/Heilverfahren

Sonstiges:

Beginn und Dauer der Maßnahme:

Ort/Einrichtung: (soweit nicht aus dem Kostenvoranschlag ersichtlich)

Anschrift, Telefon

Angaben, warum gerade die beabsichtigte Maßnahme notwendig und aussichtsreich ist im Vergleich zu anderen möglichen (ambulanten) Maßnahmen:

(entfällt bei Anschlussheilbehandlung)

Bitte beifügen: Bitte beachten Sie, dass eine Bearbeitung Ihres Antrages erst nach vollständigem Eingang aller notwendigen Unterlagen möglich ist.

1. Ärztliche Bescheinigungen über die Art der Erkrankungen sowie die Notwendigkeit und Erfolgsaussicht der beabsichtigten Rehabilitationsmaßnahme im Hinblick auf die Ausübung oder Wiederaufnahme der architektonischen/stadtplanerischen Tätigkeit.

Befundberichte/Atteste liegen bei _____ werden nachgereicht

2. Nachweise oder Kostenvoranschläge (Kosteneinschätzung ist unbedingt erforderlich)

Unterbringungs- und Verpflegungskosten: Pauschal-Tagespflegesatz _____ €
oder _____ €

Ärztliche Kosten der Reha und physikalische Anwendungen etc.:

Die ärztlichen Kosten trägt die Krankenversicherung. Kopie der Bewilligung liegt bei.

Fahrtkosten: Bundesbahn II. Klasse oder _____ €

Sonstige Kosten:

Art: _____ Höhe _____ €

Sonstiges? (z. B. Kriegsopferversorgung, Sozialamt)

ja nein

Beteiligung: ja nein _____
welche

Art der Beteiligung:

Höhe (Belege bitte beifügen)

Die Bescheidung soll erfolgen:

an meine Privatadresse (lt. Seite 1)

an folgende Adresse:

KONTODATEN:

Auf welches Konto soll die Rente überwiesen werden?

Name des Kontoinhabers

Kreditinstitut (Name)

BIC: _____

IBAN: _____

Bitte fügen Sie dem Antrag folgende Unterlagen bei:

- Kopie der ärztlichen Verordnung der Rehabilitationsmaßnahme
- Kopie beider Seiten des Personalausweises des Antragstellers
- Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Kostenbeteiligung bei Rehabilitationsmaßnahmen
- Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht
- sämtliche Kostenerstattungen anderer Kostenträger
- sämtliche Ablehnungsbescheide anderer Kostenträger

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Datum

Unterschrift des Antragstellenden