

Mitgliedsnummer: | | | | | | | | | | | |

Versorgungswerk der Rechtsanwälte
im Lande Hessen
Bockenheimer Landstraße 23
60325 Frankfurt am Main

Antrag auf Gewährung eines Zuschusses zur Rehabilitation

Gem. § 18 der Satzung des Versorgungswerks der Rechtsanwälte im Lande Hessen beantrage ich die Gewährung eines Zuschusses zu einer Rehabilitationsmaßnahme und mache hierzu folgende Angaben:

Allgemeine Personalien

Name |
Vorname |
Straße/Hausnr. |
PLZ | | Ort |
Telefon |
Geburtsdatum | | | | | | | | | |
Geburtsort |
Familienstand ledig verheiratet/verpartnert verwitwet

Art der zuletzt ausgeübten anwaltlichen Tätigkeit

angestellter Rechtsanwalt selbständiger Rechtsanwalt
 andere Tätigkeit: |

Wurde bereits ein Zuschuss zur Rehabilitation durch das Versorgungswerk gewährt?

nein ja, am | | | | | | | | | |

An welchen Krankheiten haben Sie bisher gelitten?

1. Art der Krankheit |
von | | | | | | | | | | bis | | | | | | | | | |
Name und Anschrift des behandelnden
Arztes bzw. des Krankenhauses |
|
2. Art der Krankheit |
von | | | | | | | | | | bis | | | | | | | | | |
Name und Anschrift des behandelnden
Arztes bzw. des Krankenhauses |
|

Fortsetzung der bisherigen Krankheiten

3. Art der Krankheit _____
von _____ bis _____
Name und Anschrift des behandelnden
Arztes bzw. des Krankenhauses _____

An welchen Krankheiten, Beschwerden oder Gebrechen leiden Sie zurzeit?

1. Art der Krankheit _____
seit _____
Name und Anschrift des behandelnden
Arztes bzw. des Krankenhauses _____

2. Art der Krankheit _____
seit _____
Name und Anschrift des behandelnden
Arztes bzw. des Krankenhauses _____

3. Art der Krankheit _____
seit _____
Name und Anschrift des behandelnden
Arztes bzw. des Krankenhauses _____

4. Art der Krankheit _____
seit _____
Name und Anschrift des behandelnden
Arztes bzw. des Krankenhauses _____

Sind Sie aufgrund Ihrer jetzigen Erkrankung nicht mehr anwaltlich tätig?

ja, seit _____
 nein, Umfang der anwaltlichen Tätigkeit:

In welchem Ausmaß ist Ihre Leistungsfähigkeit zurzeit gemindert oder gefährdet?

Welche Maßnahmen (stationäre/ambulante Behandlung, Kuraufenthalt etc.) sind bisher zur Besserung Ihres derzeitigen Zustandes durchgeführt worden? Bitte genaue Angaben über die durchgeführten Maßnahmen (Krankenhaus, behandelnder Arzt, Sanatorium, Zeitraum, Anschriften)

Welche Maßnahmen werden von dem behandelnden Arzt zur Wiederherstellung/Erhaltung der Berufsfähigkeit vorgeschlagen? (Ärztliche Bescheinigung und Kostenvoranschlag bitte beifügen)

Kommen andere Kostenträger (Berufsgenossenschaft, Deutsche Rentenversicherung etc.) für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme in Frage?

ja nein

Beteiligt sich Krankenversicherung an den Kosten der Heilbehandlung?

ja nein (Bitte ablehnenden Bescheid übersenden.)

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. Ausführliches ärztliches Gutachten zur Notwendigkeit und Erfolgsaussichten der Maßnahme. Nicht ausreichend ist eine ärztliche Bescheinigung, die lediglich Diagnose und Feststellung der Notwendigkeit ausweist.
2. Erklärung, dass die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbunden sind (Anlage 1).
3. Bestätigung des behandelnden Arztes bzw. der Berufsgenossenschaft, dass keine Berufserkrankung vorliegt bzw. anerkannt werden kann.
4. Mitteilung Ihrer Steueridentifikationsnummer (Anlage 2).

Ort, Datum

Unterschrift

Sofern Sie weitere Angaben machen möchten, können Sie hierzu gerne ein Zusatzblatt nutzen.

Anlage 1

Name: _____
Vorname: _____
Mitgliedsnummer: _____

Versorgungswerk der Rechtsanwälte
im Lande Hessen
Bockenheimer Landstraße 23
60325 Frankfurt am Main

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben, sowie sonstige Stellen, die über meinen Gesundheitszustand Auskunft geben können, u.a.

Herrn/Frau Dr. med. _____
Herrn/Frau Dr. med. _____
Herrn/Frau Dr. med. _____
Herrn/Frau Dr. med. _____
Herrn/Frau Dr. med. _____

dem Versorgungswerk der Rechtsanwälte im Lande Hessen gegenüber von der ihnen obliegenden Schweigepflicht, soweit es für die Beurteilung meiner Berufsunfähigkeit bzw. für die Beurteilung der Bezuschussung einer Rehabilitationsmaßnahme erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 2

Name: _____

Vorname: _____

Mitgliedsnummer: _____

Versorgungswerk der Rechtsanwälte
im Lande Hessen
Bockenheimer Landstraße 23
60325 Frankfurt am Main

Steueridentifikationsnummer

Gemäß § 22 a Abs. 1 Einkommensteuergesetz ist das Versorgungswerk verpflichtet, Ihren Zuschuss zur Rehabilitation an die zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) zu melden.

Für die elektronische Übermittlung Ihrer Daten benötigen wir Ihre Steueridentifikationsnummer (bitte nicht Ihre Steuernummer, sondern Ihre Id-Nr.).

Meine Steueridentifikationsnummer lautet:

Ort, Datum

Unterschrift