

Arbeitsanweisung 11/2009

Verfahren zur Überleitung von erwerbsunfähigen Kunden in den Rechtskreis SGB VI / SGB XII, sowie Verfahren gemäß § 44a SGB II

Anwendungsbereich: Leistung, Markt & Integration	Aktenzeichen: II-1410	Bezeichnung alt: 11/2009
Nur für den internen Dienstgebrauch: Ja	Gültig ab: Sofort	Gültig bis: Unbefristet
Die Arbeitsanweisung 11/2009 vom 26.04.2010 wird hiermit aufgehoben	Verantwortlich: 8 GS L	Freigabe: 14.03.2013

Zusammenfassung

- Vereinheitlichung des Verfahrens zur Feststellung der Erwerbs(un)fähigkeit
- Vorgehen bei Weigerung des Kunden, die Erwerbsfähigkeit prüfen zu lassen
- Überführung von erwerbsunfähigen Kunden in den Rechtskreis des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, SGB X II) oder des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (Altersrente und Rente bei Erwerbsminderung, SGB VI)
- Verfahren nach § 44a SGB II bei unterschiedlicher Beurteilung der Erwerbsfähigkeit durch die Träger

Ausgangslage

Grundvoraussetzung für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld II (§ 20 SGB II) ist die Erwerbsfähigkeit gemäß § 8 SGB II. Die Überprüfung und die praktische Umsetzung gestalten sich schwierig, da unterschiedliche Stellen beteiligt werden müssen. Diese Arbeitsanweisung soll bewirken, dass die Leistungsberechtigten keine Nachteile aufgrund einer möglichen Überleitung in ein anderes Sozialversicherungs- oder Hilfesystem erleiden und eine lückenlose Absicherung gewährleistet ist.

Der Begriff „erwerbsfähig“ ist weit auszulegen. Als **nicht erwerbsfähig** gilt laut Definition gemäß § 43 Abs. 2 S. 2 SGB VI ein Hilfebedürftiger, wenn er

- wegen Krankheit oder Behinderung
- in absehbarer Zeit (länger als 6 Monate)
- zu den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht mehr als 3 Stunden täglich zur Verfügung steht

Teilweise erwerbsfähig ist, wer mindestens 3 aber nicht mehr als 6 Std. täglich eine Tätigkeit ausüben kann.

Die Feststellung, ob Erwerbsunfähigkeit vorliegt, trifft gemäß § 44a SGB II die Bundesagentur für Arbeit (Jobcenter).

Regelung

1.) Neuanträge

Es gilt die Erwerbsfähigkeitsfiktion, d.h. dass grundsätzlich jeder als erwerbsfähig gilt, solange nicht durch eine gutachterliche Stellungnahme die Erwerbsunfähigkeit definitiv festgestellt wurde. Daraus resultiert die Vorleistungspflicht des SGB II-Trägers. Die Leistungen sind daher auch bei anderweitiger Einschätzung des Kunden vorerst zu bewilligen.

Ausgenommen davon sind

- a. Antragsteller, die bereits eine gutachterliche Stellungnahme des medizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung vorlegen können, aus denen die **mehr als 6-** monatige volle Erwerbsunfähigkeit hervorgeht,

sofern sie **nicht** mit einer (weiteren) erwerbsfähigen Person eine Bedarfsgemeinschaft begründen,

- b. Antragsteller, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen arbeiten,
- c. Antragsteller, die von auswärts zuziehen und in ihrem ehemaligen Wohnort **bereits Leistungen nach dem SGB XII** bezogen haben.

Dieser Personenkreis kann an die Sozialräthäuser verwiesen werden. Für Antragsteller nach Punkt c. wird dort das Begutachtungsverfahren eingeleitet und ein Erstattungsanspruch beim Jobcenter angemeldet. Stellt sich heraus, dass der Antragsteller doch erwerbsfähig ist, erfolgt eine Überleitung an das Jobcenter anhand des allgemeinen Erstattungsverfahrens.

2.) Einleitung Verfahren wegen fehlender Erwerbsfähigkeit bei laufendem Leistungsbezug

Sprechen ein oder mehrere Anzeichen für eine fehlende Erwerbsfähigkeit (vgl. hierzu fachliche Hinweise zu § 44a SGB II <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/A01-Allgemein-Info/A015-Oeffentlichkeitsarbeit/Publikation/pdf/Gesetzestext-44a-SGB-II-Festst-Erwerbsfaehigkeit.pdf>), so leitet der persönliche Ansprechpartner das Verfahren zur Einholung eines ärztlichen Gutachtens bei einem anerkannten ärztlichen Dienst ein.

3.) Feststellung des Grades und der Dauer der Erwerbsminderung

Die eingehenden Ärztlichen Gutachten werden von den Teamleitungen M+I gesichtet. Im Hausordner ist eine Liste „Verfahren § 44 a“ zu führen und die Fälle einzutragen, die als erwerbsunfähig eingestuft wurden. Dabei ist kenntlich zu machen, in welchem Umfang Erwerbsunfähigkeit vorliegt.

Das Gutachten ist dem Kunden spätestens 4 Wochen nach Eingang bei M+I zu eröffnen.

- a. Bejaht der Ärztliche Dienst volle Erwerbsfähigkeit, sind Leistungen unverändert weiterzugewähren.
- b. Wird vom Ärztlichen Dienst eine Erwerbsunfähigkeit festgestellt, die bis zu 6 Monate andauern könnte, sind Leistungen unverändert weiter zu zahlen. Über eine Wiedervorlage ist sicher zu stellen, dass vor dem Ablauf der Befristung mit dem Kunden geklärt wird, ob die gesundheitlichen Einschränkungen weiter bestehen. Nicht in jedem Fall ist die Einholung eines weiteren Gutachtens notwendig. Vor Einholung ist daher mit dem ärztlichen Dienst abzusprechen, ob ein neues Gutachten erforderlich ist.
- c. Wird vom Ärztlichen Dienst eine Erwerbsunfähigkeit festgestellt, die mehr als 6 Monate andauern könnte, aber nicht von Dauer ist, sind Leistungen als Sozialgeld weiter zu zahlen, sofern der Kunde mit mindestens einer (weiteren) erwerbsfähigen Person eine Bedarfsgemeinschaft begründet. Die erwerbsfähige Person muss nicht selber Leistungen beziehen (Student, U25 mit bedarfsdeckendem Einkommen). Ist der Kunde die einzige Person mit dem Status „erwerbsfähig“ gewesen, besteht ein Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII).
- d. Wird vom ärztlichen Dienst festgestellt, dass unter 6, aber über 3 Stunden täglich Erwerbsfähigkeit besteht, ist u.U. ein Anspruch auf Teilerwerbsminderungsrente (SGB VI) gegeben. Ein entsprechender Rentenanspruch ist daher vom Kunden zu stellen. Der Sozialhilfeträger ist nicht zu involvieren. Unter Umständen besteht auch ein Anspruch auf eine befristete Arbeitsmarktrente: Der Kunde wird von der Rentenversicherung so behandelt, als wäre er voll erwerbsgemindert. Reicht die Rente nicht aus, um den Lebensunterhalt zu decken, besteht ergänzend Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II. Im Vermittlungsbereich gilt die Feststellung des ärztlichen Dienstes: der Kunde ist eingeschränkt vermittelbar (siehe FH zu § 8).

Sofern der ärztliche Dienst feststellt, dass Erwerbsunfähigkeit besteht, ist durch den persönlichen Ansprechpartner in einem Beratungsgespräch das Ärztliche Gutachten zu

eröffnen und zu klären, ob die Wartezeiten und besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung erfüllt sind (Hilfsmittel: Anlage 1 der Hinweise zu § 44 a SGB II). Der Kunde ist aufzufordern, eine Kontenerklärung des Rentenversicherungsträgers vorzulegen (Anlage 2). Es besteht für den persönlichen Ansprechpartner auch die Möglichkeit, die Kontenerklärung beim Rententräger anzufordern (Vordruck BK Browser_Zentrale Vorlagen_ALG II_2.Sozialgesetzbuch_§ 44a_Kontenerklärung beim RVT). Ein Anspruch auf Auskunftserteilung besteht jedoch nicht.

Erklärt der Kunde, dass er bereits einen Antrag beim zuständigen Rentenversicherungsträger gestellt hat, ist die Leistungssachbearbeitung zu informieren, damit diese beim Rentenversicherungsträger einen Erstattungsanspruch nach § 103 SGB X (Anlage 6 a) anmeldet. Vorsorglich ist mit dem Kunden der formlose Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII (Anlage 5) aufzunehmen und, zusammen mit der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Anlage 3) und einer Kopie des ärztlichen Gutachtens (Teil A), an den Leistungsbereich weiterzuleiten. Der formlose Antrag ist mit **gleichzeitiger Anmeldung eines Erstattungsanspruches gem. § 103 SGB X** (Anlage 6b) **durch die LSB** dem zuständigen Sozialrathaus zu übersenden.

Die weitere Verfolgung des Erstattungsanspruches (Nachfragen über den aktuellen Sachstand beim Renten- und Sozialhilfeträger, Abwicklung) liegt in der Verantwortung des zust. LSB. Sofern dieser Anfragen durch den Rententräger bzw. das SRH erhält, die nicht in eigener Zuständigkeit beantwortet werden können, informiert er hierüber unverzüglich den fallzuständigen PAP und leitet diesem die Poststücke zu.

4.) Verfahren bei (teilweiser) Unzuständigkeit des SGB II Trägers

Stellt der persönliche Ansprechpartner fest, dass die Wartezeiten erfüllt sind und ein Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung bestehen könnte, ist wie folgt vorzugehen:

- Der Leistungssachbearbeiter fordert den Kunden zur Rentenantragstellung auf (Anlage 4) und meldet beim Rentenversicherungsträger einen Erstattungsanspruch nach § 103 SGB X an (Anlage 6a). Die Anmeldung des Erstattungsanspruches ist in der Liste „Verfahren § 44a“ und VerBIS zu dokumentieren.
- Liegt nach Ablauf der Frist keine Bestätigung über die Antragstellung vor, stellt die Leistungssachbearbeitung den Rentenantrag (Anlage 7).

Besteht trotz festgestellter voller Erwerbsunfähigkeit (**durch den Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit**) kein Anspruch auf Erwerbsminderungsrente oder ist zu erwarten, dass die Rente nicht ausreicht, um den Lebensunterhalt zu decken, ist (auch) eine Überleitung ins SGB XII erforderlich. Es besteht dann ersatz-/ ergänzender weise ein Anspruch auf **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** (bei dauerhafter voller Erwerbsminderung), **oder ein Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt** (bei befristeter voller Erwerbsminderung) nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII).

Der persönliche Ansprechpartner nimmt mit dem Kunden den formlosen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII (Anlage 5) auf und leitet diesen, zusammen mit der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Anlage 3) und einer Kopie des ärztlichen Gutachtens (Teil A), an den Leistungsbereich weiter.

Die Abgabe ist in der Liste „Verfahren § 44a“ und VerBIS zu dokumentieren.

Der formlose Antrag und die weiteren Unterlagen sind von der Leistungssachbearbeitung mit **gleichzeitiger Anmeldung eines Erstattungsanspruches gem. § 103 SGB X** (Anlage 6b) dem zuständigen Sozialrathaus zu übersenden.

Die Weiterleitung an das Sozialrathaus und die Anmeldung des Erstattungsanspruches sind durch die LSB in der Liste „Verfahren § 44a“ und VerBIS zu dokumentieren.

Die Leistungen müssen weitergezahlt werden, bis die Prüfung des Sozialhilfeträgers abgeschlossen ist. Ohne Absprache über den nahtlosen Übergang dürfen die Leistungen nicht eingestellt werden.

Wirkt der Kunde trotz Aufforderung nicht bei der Antragstellung gegenüber dem oder den für zuständig gehaltenen Träger/n (SGB VI + SGB XII) mit, ist die Leistungssachbearbeitung zu informieren und der formlose Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII gemäß § 5 Abs. 3 SGB II (Anlage 7) zu stellen.

5.) Ergebnis der Begutachtung durch den anderen Träger

Der Rentenversicherungsträger und der Sozialhilfeträger leiten nach Eingang ihre eigenen Prüfungsverfahren ein. Für den SGB XII Bereich ist gemäß § 45 SGB XII für die Begutachtung der Rentenversicherungsträger zuständig. Die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit beruht damit bei beiden Trägern in der Regel auf einem Gutachten des Rentenversicherungsträgers nach § 109a SGB VI.

Liegt das Ergebnis der Begutachtung vor, informiert das Sozialrathaus das Jobcenter über seine Einschätzung der Erwerbsfähigkeit. Bei einer abweichenden Einschätzung ist der Sozialhilfeträger verpflichtet, einen begründeten Widerspruch gegenüber dem Jobcenter einzulegen. Beruft er sich darin auf die gutachterliche Stellungnahme des Rentenversicherungsträgers nach § 109a SGBVI, sind keine weiteren Erläuterungen zu fordern.

- a. Hält der Sozialhilfeträger ebenfalls die Erwerbsfähigkeit dauerhaft für nicht gegeben, sind die Leistungen nach dem SGB II nach Absprache mit dem Sozialhilfeträger aufzuheben. Die Abgabe soll in der Regel zum Folgemonat erfolgen. **Wird daneben eine Rente mit dauerhaft voller Erwerbsminderung bewilligt, sind die SGB II-Leistungen mit Beginn der laufenden Rentenzahlungen einzustellen.**
- b. Lautet das Ergebnis auf „Erwerbsfähigkeit besteht für mind. drei Stunden täglich“ sind Leistungen unverändert weiter zu zahlen. Das Überleitungsverfahren ist zu beenden.
- c. Wird eine befristete Erwerbsminderung festgestellt, ist anhand der Übersicht 1 zu klären, welche(r) Träger zuständig sind (ist). Entsprechend sind Leistungen weiterzuzahlen oder in Absprache mit dem Sozialrathaus einzustellen.

Hält das Sozialrathaus die Erwerbsfähigkeit für gegeben und beruft es sich dabei wider Erwarten **nicht auf eine gutachterliche Stellungnahme des Rentenversicherungsträgers**, hat der persönliche Ansprechpartner beim Rentenversicherungsträger einen Antrag auf Begutachtung nach § 44a Abs. 1 Satz 2 SGB II (Anlage 8) zu stellen und übersendet diesen mit dem Widerspruch des Sozialrathauses, sowie allen zur Verfügung stehenden ärztlichen Unterlagen an den Rentenversicherungsträger.

Des Weiteren informiert er den Ärztlichen Dienst über den Widerspruch und fordert ihn auf, auch die Befundunterlagen an den Rentenversicherungsträger weiterzuleiten. Der Leistungsbereich ist darüber zu informieren.

Die Leistungen sind während eines solchen Widerspruchsverfahrens weiter zu zahlen.

Liegt das Ergebnis der Begutachtung vor, informiert die Stelle, in der das Ergebnis eingeht (Leistungssachbearbeitung oder persönlicher Ansprechpartner), den anderen Bereich und das Sozialrathaus. Das Ergebnis ist sowohl für das Jobcenter als auch das Sozialrathaus bindend.

Anhand der Übersicht 1 kann festgestellt werden, welcher Träger bei welcher Feststellung zuständig ist. Entfällt aufgrund der Feststellung des Rentenversicherungsträgers die Zuständigkeit des SGB II Trägers (volle, länger als 6 Monate dauernde Erwerbsunfähigkeit), sind die Leistungen nach dem SGB II nach Absprache mit dem anderen Träger aufzuheben. Die Abgabe soll in der Regel zum Folgemonat erfolgen.

Die einzelnen Verfahrensschritte sind in der Liste „Verfahren § 44a“ und VerBIS zu dokumentieren. Die Teamleitungen kontrollieren in regelmäßigen Abständen den Bearbeitungsstand.

6.) Erstattungsansprüche gegenüber anderen Trägern

Gemäß den Erstattungsvorschriften des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) sind vom erstattungspflichtigen Leistungsträger die Leistungen in dem Umfang zu erstatten, die er selbst bei rechtzeitiger Leistung gewährt hätte.

Der Rentenversicherungsträger übernimmt neben der Rentenzahlung die Übernahme der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.

Die Hilfe nach dem dritten und vierten Kapitel des SGB XII beinhaltet die Grundsicherung zum Lebensunterhalt einschließlich der Kosten der Unterkunft, sowie eine umfassende Krankenversorgung.

Bei der Bezifferung sind daher in beiden Überleitungsverfahren die Kosten der Unterkunft, die Regelleistung, sowie die Krankenkassen- und Pflegeversicherungsbeiträge zu berücksichtigen. Es wird insoweit auf die fachlichen Hinweise zu § 44a SGB II verwiesen.

7.) Fehlende Mitwirkung des Kunden

Jeder Kunde ist gemäß §§ 61, 62 SGB I dazu verpflichtet, die für den Leistungsanspruch erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Sofern er dazu nicht in der Lage ist, hat er der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Außerdem hat er sich auf Verlangen ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen zu unterziehen.

Im Bereich des SGB II existiert jedoch eine speziellere Vorschrift in Form des § 32 SGB II. Demnach ist bei einem Nichterscheinen zu einem Meldetermin lediglich eine Minderung für 3 Monate in Höhe von 10% des maßgeblichen Regelbedarfs zulässig. Diese Regelung geht gegenüber den allgemeinen Regelungen des SGB I vor. Erscheint der Kunde nicht zu einem Termin beim ärztlichen Dienst, ist daher zu prüfen, ob ein wichtiger Grund für sein Nichterscheinen vorliegt. Ist dies nicht der Fall, ist eine Sanktion nach den allgemeinen Regeln (FH zu § 32 SGB II) auszusprechen.

Dafür ist bei der Einladung zum ärztlichen Dienst eine entsprechende Rechtsfolgenbelehrung beizufügen. Wird der Termin direkt vom ärztlichen Dienst vergeben, beinhaltet die Einladung diese Rechtsfolgenbelehrung.

Wird der Termin vom PAP vergeben, ist eine entsprechende Belehrung mit in die Einladung aufzunehmen (Anlage 1a Mitwirkung_ÄD_32). Bei wiederholtem Nichterscheinen aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit kann zusätzlich die Vorlage einer Wegeunfähigkeitsbescheinigung gefordert werden (Anlage 1a Mitwirkung_ÄD_32_Wegeunfähigkeitsbescheinigung).

Die Meldepflicht und bei Verstoß dagegen die Sanktionsmöglichkeit ist nur bei einem grundsätzlichen Nichterscheinen einschlägig. Weigert sich der Kunde von Anfang an, zu einer Untersuchung zu gehen oder erscheint er zwar dort, wirkt aber bei der Untersuchung nicht mit, gründet sich die Mitwirkungspflicht auf § 62 SGB I. Eine Versagung oder Entziehung der Leistung ist grundsätzlich möglich.

Hat der Kunde mehrmals unentschuldigt Termine beim ärztlichen Dienst versäumt, kann sein Verhalten einer Verweigerungshaltung gleichkommen. In diesen Fällen kann der Kunde darauf hingewiesen werden, dass eine Fortführung seines Verhaltens als Verweigerung aufgefasst wird.

Der Kunde ist zuvor über seine Mitwirkungspflichten und die Rechtsfolgen zu belehren und ein vom Kunden unterschriebenes Exemplar des Merkblattes (Anlage 1b) ist zu den Akten zu nehmen. Alternativ (z.B. bei mehrfachen Meldeversäumnissen) kann das Merkblatt auch per Postzustellungsurkunde übersandt werden. Der Zustellungsnachweis ist zur Akte zu nehmen.

Weigert sich der Kunde weiterhin, an der Klärung seiner Erwerbsfähigkeit mitzuwirken, entscheidet der persönliche Ansprechpartner, ob die Leistungen nach dem SGB II voll oder teilweise versagt werden.

Dabei ist das Verhältnismäßigkeitsprinzip zu beachten. Kunden, die sich bereits im laufenden Leistungsbezug befinden, sind nachgewiesener Maßen hilfebedürftig und benötigen Mittel zur Existenzsicherung. Bei der Ermessensentscheidung über die Entziehung von Leistungen sollten zumindest ergänzende Sachleistungen

(Lebensmittelgutschein, Direktüberweisung der Miete) und dadurch der Krankenversicherungsschutz sicher gestellt werden.

Bei der Höhe der Entziehung kann sich an den Stufen der Minderungen zu § 31 ff. SGB II orientiert werden (z.B. 1. Weigerung 30 %; 2. Weigerung 60 % plus Sachmittel, etc.)

Die ergehende Verfügung leitet der persönliche Ansprechpartner mit einer Kopie des unterschriebenen Merkblattes (Anlage 1a) bzw. Kopie des Merkblattes und des Zustellungsnachweises an die Leistungssachbearbeitung weiter. Diese setzt die Verfügung A2LL technisch um und verfasst den Bescheid (Anlage 1c_Versagung_Entziehung). Die Entscheidung ist durch einen VerBIS - Eintrag (Wiedervorlage an den persönlichen Ansprechpartner) zu dokumentieren. Die Kopie des Merkblattes ist mit zur Leistungsakte zu nehmen.

Kommt der Kunde seiner Mitwirkungspflicht nachträglich nach, informiert der persönliche Ansprechpartner die Leistungssachbearbeitung umgehend. Ob im Falle der Versagung / Entziehung die Leistungen gemäß § 67 SGB I rückwirkend gewährt werden, entscheidet der persönliche Ansprechpartner.

Hierbei ist zu beachten, dass eine Ermessensausübung stattfinden und dokumentiert werden muss. In der Regel ist der Ermessensspielraum auf Null reduziert, da es sich um Sozialleistungen handelt.

Das Mittel der Versagung / Entziehung steht nur dann Verfügung, wenn es sich um Mitwirkungspflichten gegenüber dem Jobcenter / dem ärztlichen Dienst handelt. Untätigkeit des Kunden gegenüber Rentenversicherungsträger und / oder Sozialhilfeträger können damit nicht geahndet werden. Wird der erforderliche Antrag auf eine andere Sozialleistung nicht gestellt, ist der Antrag durch den SGB II Träger zu stellen (Anlage 7). Wurde der Antrag gestellt und der Kunde wirkt an der Sachverhaltsermittlung beim anderen Träger nicht mit, wird auch dort regelmäßig mit der Versagung der Leistung unter Fristsetzung gedroht. Sofern der Kunde nicht innerhalb der Frist reagiert, ist die Entscheidung über die Bewilligung von Arbeitslosengeld II gemäß § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X in Verbindung mit § 9 Abs. 1 (s. Kap. 1.2.1 zu § 9) und § 2 SGB II wegen fehlender Hilfebedürftigkeit aufzuheben (siehe hierzu fachliche Hinweise zu § 5 SGB II). Die Mitteilung über die fehlende Mitwirkung ergeht in der Regel durch die Ablehnung des angemeldeten Erstattungsanspruches. Ansonsten ist durch Rückfrage bei den involvierten Trägern der Sachstand zu erfragen.

Die Aufhebung der SGB II Leistungen ist in VerBIS zu dokumentieren (Wiedervorlage an den persönlichen Ansprechpartner).

gez.

Claudia Czernohorsky-Grüneberg
Geschäftsführerin

Anlagen:

- Übersicht 1_Leistungsansprüche
- Übersicht 2_Mitwirkungspflichten
- Liste Verfahren § 44 a

- Anlage 1a Mitwirkung_ÄD_32
- Anlage 1 a Mitwirkung_ÄD_Wegeunfähigkeit
- Anlage 1b Mitwirkung_ÄD_Weigerung_Versagung_Entziehung
- Anlage 1c Bescheid_Versagung/Entziehung ÄD
- Anlage 2 Mitwirkung_Kontenerklärung
- Anlage 3 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
- Anlage 4 Mitwirkung_Antragstellung SGVI
- Anlage 5 formloser Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII
- Anlage 6a Anmeldung Erstattungsanspruch SGB VI
- Anlage 6b Anmeldung Erstattungsanspruch SGB XII
- Anlage 7 Antrag_§ 5 Abs.3
- Anlage 8 Antrag auf Begutachtung durch den Rentenversicherungsträger