Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-1, Telefax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 3331919
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer	BKZ	MSNR

Versicherter (Name, Vorname, ggf. Geburtsname)	Geburtsdatum

Anlage zum Antrag auf Übernahme der Kosten für einen orthopädischen Bürostuhl

Ich stehe

in einem **unbefristeten** Beschäftigungsverhältnis

☐ nein ☐ ja

in einem bis _____ **befristeten** Beschäftigungsverhältnis (z. B. ABM, Zeitvertrag, o. ä.)

☐ nein ☐ ja

in **keinem** Beschäftigungsverhältnis

☐ nein ☐ ja

Ich bin

als Schwerbehinderter anerkannt

☐ nein ☐ ja, Grad der Behinderung _____ %

einem Schwerbehinderten gleichgestellt

☐ nein ☐ ja, Datum der Anerkennung _____

Angaben über Ihre Arbeit, die Sie bei Antragstellung verrichtet haben

☐ ständig stehend ☐ gehend und stehend

☐ ständig sitzend ☐ im Wechsel von stehen / gehen / sitzen

Arbeitszeit

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit, tgl. _____ Stunden / an _____ Tag(en) je Woche

Arbeitsweise

☐ Außendienst zu _____ % ☐ Innendienst zu _____ %

Ort, Datum

Unterschrift