Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Auswahl des RV-Trägers

Deutsche Rentenversicherung

Antrag auf Leistungen zur Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Hinweis: Der Antrag auf Leistungen zur Nachsorge muss innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche bei dem zuständigen Rentenversicherungsträger gestellt werden.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Art der beantragten Leistung zur Nachsorge

Welche in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation begonnene Therapie soll fortgeführt werden?

2 Angaben zur Person, aus deren Versicherung die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation erbracht wurde

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Telefonisch tagsüber zu erreichen unter (Angaben freiwillig)	

3 Angaben zur Person des Kindes

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

G4901-00 DRV
Version 01001 - EGKJRH 1/2020 - Stand 10.07.2020

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

4 Durchgeführte Leistung zur Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

4.1 Rehabilitationseinrichtung

Name

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

4.2 Ende der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation am: Tag Monat Jahr

5 Gewünschter Nachsorgeanbieter

Name		
Straße, Hausnummer		Telefon
Postleitzahl	Ort	

6 Dokumentenzugang

6.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

☐ Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.
Meine De-Mail-Adresse lautet:

De-Mail	
noch De-Mail	

6.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.
Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

☐ als Großdruck

☐ in Braille (Kurzschrift)

☐ in Braille (Vollschrift)

☐ als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)

☐ als Hörmedium (CD-DAISY Format)

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

7 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Sind Sie auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzen Sie behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:

8 Information und Erklärung

8.1 Das Informationsblatt G4902-00 habe ich zur Kenntnis genommen.

8.2 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

9 Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Kindes (ab 15 Jahren) oder der gesetzlichen Vertretung / der Betreuung