

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR
---------------------	------------------------------	------

Anlage zum Antrag auf Übernahme der Kosten für einen orthopädischen Bürostuhl

Versicherter (Name, Vorname, gegebenenfalls Geburtsname)	Geburtsdatum
--	--------------

Ich stehe in einem **unbefristeten** Beschäftigungsverhältnis _____

Ich stehe in einem **befristeten** Beschäftigungsverhältnis (zum Beispiel ABM, Zeitvertrag, oder Ähnliches) _____ Falls ja, bis wann befristet _____

Ich stehe in **keinem** Beschäftigungsverhältnis _____

Ich bin als Schwerbehinderter anerkannt _____ Falls ja, Grad der Behinderung _____ Prozent

Ich bin einem Schwerbehinderten gleichgestellt _____ Falls ja, Datum der Anerkennung _____

Angaben über Ihre Arbeit, die Sie bei Antragstellung verrichtet haben

ständig stehend _____

ständig sitzend _____

gehend und stehend _____

im Wechsel von stehen oder gehen oder sitzen _____

Arbeitszeit

Vollzeit

Teilzeit Falls ja, täglich _____ Stunden an _____ Tagen je Woche

Arbeitsweise

Außendienst zu _____ Prozent

Innendienst zu _____ Prozent

Folgende spezielle Ausstattungsmerkmale soll der beantragte Bürostuhl haben:

Ort, Datum und Unterschrift

