

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt)



**Deutsche
Rentenversicherung**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MSAT / MSNR

--	--	--	--	--	--

Eingangsstempel
der Antrag aufnehmenden Stelle

Eingangsstempel
des Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche (Kinderrehabilitation)

G0200

Leistungen zur Kinderrehabilitation können Kinder von Versicherten und Rentnern sowie Waisenrentenbezieher erhalten. Bitte geben Sie oben die zutreffende Versicherungsnummer an.

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir einige wichtige Informationen und Unterlagen. Bitte füllen Sie den Antrag auf Kinderrehabilitation vollständig aus.

Sie können dieses Formular auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0200 ausfüllen.

1 Angaben zur Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird (zum Beispiel Elternteil)

Name		Vorname	
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht		
	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer		Telefon	
Postleitzahl	Wohnort		

2 Angaben zum Kind

Angehörigenverhältnis zur Person in Ziffer 1			
<input type="checkbox"/> eigenes Kind	<input type="checkbox"/> in den Haushalt aufgenommenes Stiefkind oder Pflegekind		
<input type="checkbox"/> Enkel, Bruder oder Schwester, wenn in den Haushalt aufgenommen oder überwiegend unterhalten			
Name, Vorname, Geburtsname			
Geburtsdatum	Geschlecht		
	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer		Telefon	
Postleitzahl	Wohnort		

3 Begleitperson

Wird die Mitnahme einer Begleitperson beantragt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, die Mitnahme einer Begleitperson wird beantragt
(Hinweis: Wenn das Kind 12 Jahre oder älter ist, bedarf es einer medizinischen Begründung der Notwendigkeit!)	



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4 Wunsch- und Wahlrecht (Angaben freiwillig)

An dieser Stelle besteht die Gelegenheit, mitzuteilen, in welcher Rehabilitationseinrichtung die Leistung durchgeführt werden soll. Mehrere (bis zu 3) Wünsche können angegeben werden. Die Eintragungen sollten in der gewünschten Rangfolge vorgenommen werden.

Auf der Internetseite www.rv-reha.de sind alle Rehabilitationseinrichtungen benannt, die ausgewählt werden können.

Sofern kein Wunsch geäußert wird, unterbreitet die Deutsche Rentenversicherung bis zu 4 Vorschläge mit geeigneten Rehabilitationseinrichtungen.

Die Kinderrehabilitation sollte nach Möglichkeit in einer der nachfolgend benannten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden (Angaben freiwillig):

1. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

2. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

3. Name und Adresse der Rehabilitationseinrichtung:

5 Krankenkasse des Kindes

Name	
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung

6 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt des Kindes

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	Telefon
Postleitzahl	Ort



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9 Weitere Angaben zur Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

9.1 Wurden oder werden Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9.2 Wurden Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt? Staat _____ von - bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9.3 Werden aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland gezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Formular G0205 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für Angehörige bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!
9.4 Wird eine Beschäftigung ausgeübt, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

10 Antragstellung durch andere Personen

Wird der Antrag durch andere Personen gestellt? <input type="checkbox"/> nein, weiter bei Ziffer 11 <input type="checkbox"/> ja, der Antrag wird in Vertretung gestellt von (Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen)
Name, Vorname / Dienststelle (Aktenzeichen)
In der Eigenschaft als <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer _____ Telefon _____
Postleitzahl _____ Wohnort _____

11 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Ist das Kind auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzt das Kind behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führhund oder Assistenzhund)? Falls ja, das Kind ist angewiesen auf: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____



Versicherungsnummer der Person, aus deren
Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13.2 Information

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Ebenfalls dürfen andere Sozialleistungsträger und der Medizinische Dienst die medizinischen Daten, die dort bereits vorliegen, an uns weitergeben.

Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter oder Rehabilitationseinrichtungen) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 SGB X. Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I).

Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 SGB I ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

13.3 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, Änderungen zu den Angaben in diesem Antrag dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

14 Unterschriften

14.1

Ort, Datum

Unterschrift der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

14.2

Ort, Datum

Unterschrift des Kindes oder der gesetzlichen Vertretung / des Betreuers

