

# Antrag auf Folgeversorgung für Arbeitssicherheitsschuhe

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb. Datum

\_\_\_\_\_  
Rentenvers. - Nr.

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich

- eine Folgeversorgung       eine Wechselversorgung

für ein Paar					
<input type="checkbox"/> Baumustergeprüfte Einlagen					
<input type="checkbox"/> Arbeitssicherheitsschuhe nach DIN ggf. mit orthop. Schuhzurichtung					
<input type="checkbox"/> Orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe nach Maß					
<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> S3	<input type="checkbox"/> S4	<input type="checkbox"/> S5 Gummi/PU-Stiefel	
<input type="checkbox"/> Halbschuh	<input type="checkbox"/> Stiefel, niedrig		<input type="checkbox"/> Stiefel		

Besondere Anforderungen: \_\_\_\_\_

<b>Die Wechsel - / Folgeversorgung ist erforderlich weil</b>		
<input type="checkbox"/> Oberleder durch mechanischen Einfluss verschlissen	<input type="checkbox"/> Sohle u. Absatz irreparabel verschlissen	<input type="checkbox"/> Aufgrund hygienischen Anforderungen (ausgeprägte Schweißbildung)
<input type="checkbox"/> Aufgrund hygienischen Anforderungen (tägliche Feuchtigkeitseinfluss von außen)	<input type="checkbox"/> Statusveränderung Sicherheitsanforderung, siehe Anforderungen	<input type="checkbox"/> Statusveränderung medizinischer Befund, siehe Rezept

An meiner beruflichen Situation hat sich nichts geändert,  
siehe G100 und G130 vom \_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

Der Arbeitgeber beteiligt sich an den Kosten in Höhe von \_\_\_\_\_ €.

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers