

## Antrag auf Folgeversorgung für Arbeitssicherheitsschuhe

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Rentenversicherungsnummer	

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich

eine Folgeversorgung

eine Wechselversorgung

Für ein Paar
<input type="radio"/> baumustergeprüfte Einlagen
<input type="radio"/> Arbeitssicherheitsschuhe nach DIN ggf. mit orthopädischer Schuhzurichtung
<input type="radio"/> Orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe nach Maß
<input type="radio"/> S1 <input type="radio"/> S1P <input type="radio"/> S2 <input type="radio"/> S3 <input type="radio"/> S5 Gummi/ PU-Stiefel
<input type="radio"/> Halbschuh <input type="radio"/> Stiefel, niedrig <input type="radio"/> Stiefel

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

<b>Die Wechsel-/ Folgeversorgung ist erforderlich weil:</b>		
<input type="radio"/> Oberleder durch mechan. Einfluss verschlissen	<input type="radio"/> Sohle und Absatz irreparabel verschlissen	<input type="radio"/> Aufgrund hygien. Anforderungen (ausgeprägte Schweißbildung)
<input type="radio"/> Aufgrund hygien. Anforderungen (tägliche Feuchtigkeitseinfluss von außen)	<input type="radio"/> Statusveränderung Sicherheitsanforderung, siehe Anforderung	<input type="radio"/> Statusveränderung medizin. 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 \_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel