

Checkliste zur Beantragung von

Orthopädischen Maßeinlagen / Schuhzurichtung am Sicherheitsschuh / orthopädische Sicherheitsschuhe nach Maß bei Ihrem Rentenversicherungsträger / der Bundesagentur für Arbeit / der Berufsgenossenschaft.

Sehr geehrter Kunde,

für die Kostenübernahme oben genannter orthopädischer Versorgung, ist die Bearbeitung von einigen Antragsformularen leider unumgänglich. Wir bitten Sie daher, folgende Unterlagen auszufüllen und anschließend **bei uns abzugeben**.

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Rezept | → | Vom Arzt auszustellen! |
| <input type="checkbox"/> | Antrag auf Folgeversorgung | → | Von Ihnen & vom Arbeitgeber auszufüllen! |
| <input type="checkbox"/> | Notwendigkeitsbescheinigung | → | Vom Arbeitgeber auszufüllen, wenn Sie den Arbeitgeber seit dem letzten Antrag gewechselt haben! |

Bitte beachten Sie, dass für die Beantragung Ihrer Einlagen, folgende Informationen Ihres Arbeitssicherheitsschuhs benötigt werden:

1. Schuhmodell + Artikelnummer
2. Sicherheitsklasse (S1, S2 oder S3)
3. Schuhgröße
4. Schuhform (Halbschuh, Stiefel oder Stiefel hoch)

Sollten Sie Fragen haben oder während des Ausfüllens der Formulare Unklarheiten entstehen, schreiben Sie uns gerne eine E-Mail an info@giessen.footpower.de.

Ihr Footpower Gießen Team

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

MSAT / MSNR

**Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers zum Tragen von
Fußschutz (hier Sicherheitsschuhe nach DIN EN ISO 20345) oder
von Arbeitsschuhen**

G0134

Name, Vorname der Versicherten / des Versicherten

Geburtsdatum

1 Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet

nein ja, bis

Das Beschäftigungsverhältnis ist gekündigt

nein ja, zum

Die Versicherte / der Versicherte ist verpflichtet, am Arbeitsplatz aufgrund geltender Unfallverhütungsvorschriften

Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) zu tragen.

nein ja

Arbeitsschuhe zu tragen. (Beantwortung von Ziffer 2 nicht erforderlich)

nein ja

2 Sicherheitsschuhe sind demnach - entsprechend dem Gefährdungsrisiko der Versicherten / des Versicherten am Arbeitsplatz - in folgender Ausführung notwendig: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Schuhform:

- A Halbschuh
 B Stiefel niedrig
 C Stiefel halbhoch
 D Stiefel hoch
 E Stiefel Oberschenkelhoch

Klassifizierung I Schuhe aus Leder oder anderen Materialien, mit Ausnahme von Vollgummischuhen oder Gesamtpolymerschuhen

Kategorie Schutzfunktion

- SB Schuhe mit Zehenkappe 200 Joule
 S1 zusätzlich: Geschlossener Fersenbereich, Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
 S2 wie S1, zusätzlich: Wasserdurchtritt, Wasseraufnahme
 S3 wie S2, zusätzlich: Durchtrittssicherheit, profilierte Laufsohle



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 2

Klassifizierung II Schuhe vollständig geformt oder vulkanisiert (Gummistiefel, Polymerstiefel für den Nassbereich)

Kategorie **Schutzfunktion**

S4 Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich

S5 wie S4, zusätzlich: Durchtrittssicherheit, profilierte Laufsohle

Notwendige Zusatzanforderungen nach DIN EN ISO 20345

Symbol **Anforderung**

P Durchtrittssicherheit

A Antistatische Schuhe

HI Wärmeisolierung

CI Kälteisolierung

E Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich

WRU Wasserdurchtritt und Wasseraufnahme

HRO Verhalten gegenüber Kontaktwärme

3 Kosten für Fußschutz (hier: Sicherheitsschuhe) / Arbeitsschuhe

Die Kosten für ein Paar Sicherheitsschuhe ohne orthopädische Ausstattung in der oben genannten Ausführung betragen

_____ EUR einschließlich Mehrwertsteuer.

Die Kosten für ein Paar Arbeitsschuhe ohne orthopädische Ausstattung betragen

_____ EUR einschließlich Mehrwertsteuer.

Hinweis:

Werden keine Angaben gemacht, erfolgt ein pauschaler Abzug des Arbeitgeberanteils in Höhe von 80 EUR.

4 Nur bei Folgeanträgen (Ersatzbeschaffungen) angeben:

Die von der Versicherten / dem Versicherten bisher genutzten Sicherheitsschuhe oder Arbeitsschuhe sind

weiter gebrauchsfähig.

nicht weiter gebrauchsfähig.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen

