

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: _____

Die Wechsel - / Folgeversorgung ist erforderlich weil		
<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