



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR

Versicherter (Name, Vorname, gegebenenfalls Geburtsname)	Geburtsdatum

Anlage zum Antrag auf Übernahme der Kosten für einen orthopädischen Bürostuhl

- Ich stehe in einem **unbefristeten** Beschäftigungsverhältnis.
- Ich stehe in einem **befristeten** Beschäftigungsverhältnis (zum Beispiel ABM, Zeitvertrag, oder Ähnliches).
Befristung bis _____
- Ich stehe in **keinem** Beschäftigungsverhältnis.
- Ich bin als Schwerbehinderter anerkannt.
Grad der Behinderung _____ %
- Ich bin einem Schwerbehinderten gleichgestellt.
Datum der Anerkennung _____

Angaben über Ihre Arbeit, die Sie bei Antragstellung verrichtet haben

- ständig stehend gehend und stehend
- ständig sitzend im Wechsel von stehen / gehen / sitzen

Arbeitszeit

- Vollzeit Teilzeit, täglich _____ Stunden / an _____ Tag(en) je Woche

Arbeitsweise

- Außendienst zu _____ % Innendienst zu _____ %

Folgende spezielle Ausstattungsmerkmale soll der beantragte Bürostuhl haben:

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

