

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**Beginnmitteilung
zur Vorlage bei der Deutschen Rentenversicherung zur Weiterzahlung
von Übergangsgeld nach § 51 Absatz 5 des Neunten Buches
Sozialgesetzbuch (SGB IX)**

G840

Bitte **nach Beginn** der stufenweisen Wiedereingliederung von der behandelnden Ärztin / vom behandelnden Arzt - zum Beispiel Hausärztin / Hausarzt - und vom Arbeitgeber bestätigen lassen und unterschrieben bei der Deutschen Rentenversicherung vorlegen. Eine Kopie dieser Mitteilung erhalten die Versicherte / der Versicherte, der Arbeitgeber, die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt und die Krankenkasse.

Name, Vorname

Hinweis: Der Anspruch auf Übergangsgeld besteht für die Zeit nach Abschluss der Leistung zur medizinischen Rehabilitation und endet mit dem letzten Tag der stufenweisen Wiedereingliederung entsprechend dem Stufenplan (Formular G834).

Die Zahlung endet vorzeitig, wenn

- das Reha-Ziel erreicht ist, das heißt die bisherige Tätigkeit wieder im bisherigen zeitlichen und inhaltlichen Umfang ausgeübt wird,
- eine stufenweise Wiedereingliederung auf dem bisherigen Arbeitsplatz aus medizinischen Gründen abgebrochen wird oder
- die stufenweise Wiedereingliederung aus anderen Gründen beendet wird.

Bestätigung der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Nach Abschluss der Leistung zur medizinischen Rehabilitation liegt weiterhin durchgehend Arbeitsunfähigkeit vor.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Bestätigung des Arbeitgebers (Bitte erst **nach** Beginn der stufenweisen Wiedereingliederung ausfüllen.)

Der Beginn der stufenweisen Wiedereingliederung erfolgte am _____

☐ Arbeitsentgelt wird gezahlt für _____ Tage, bis zum _____

Das gezahlte Arbeitsentgelt beträgt

ab	kalendertäglich brutto in EUR	kalendertäglich netto in EUR
ab	kalendertäglich brutto in EUR	kalendertäglich netto in EUR

☐ Arbeitsentgelt wird während der stufenweisen Wiedereingliederung nicht gezahlt.

Änderungen in der Höhe und Zahlungsweise des Arbeitsentgeltes werde ich dem Rentenversicherungsträger mitteilen.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bestätigung der Versicherten / des Versicherten

Für die Zeit nach Beendigung der medizinischen Rehabilitation habe ich

☐ keinerlei Einkünfte bezogen.

☐ Einkünfte wie folgt bezogen:

von - bis	kalendertäglich brutto in EUR	kalendertäglich netto in EUR
Behörde / Leistungsträger		

Erklärung: Ich bin davon unterrichtet, dass ich Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere Änderungen im Stufenplan während der Zeit des Übergangsgeldanspruches unverzüglich bei der Deutschen Rentenversicherung anzuzeigen habe. **Ich nehme zur Kenntnis, dass zu Unrecht gezahltes Übergangsgeld zurückzuzahlen ist.**

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten