



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

#### 4 Gewünschter Nachsorgeanbieter

Name		
Straße, Hausnummer		Telefon
Postleitzahl	Ort	

#### 5 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten. Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

#### 6 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Sind Sie auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzen Sie behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führunghund oder Assistenzhund)?

nein  ja

Falls ja, ich bin angewiesen auf:

#### 7 Einwilligungserklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers

**7.1 Das Informationsblatt G4803-00 habe ich zur Kenntnis genommen.** Mir ist bekannt, dass bei zwischenzeitlichem Antrag oder Bezug einer Vollrente wegen Alters oder bei Bezug einer Teilrente wegen Alters von wenigstens 2 / 3 der Vollrente, kein Anspruch auf die beantragte Nachsorgeleistung besteht und eine erteilte Kostenzusage erlischt. Gleiches gilt, wenn ich eine Leistung erhalte, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird.

**7.2 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.** Mir ist bekannt, dass wesentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können. **Ich verpflichte mich**, jede Wohnungsänderung dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen. **Ich willige ein**, dass der Nachsorgeanbieter eine Kopie des Entlassungsberichts erhält. Insofern entbinde ich die Ärztinnen / Ärzte der Rehabilitationseinrichtung von der Schweigepflicht.

#### 8 Unterschrift

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

