



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

MSAT / 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 _____ Merkzeichen _____ seit _____

Ich bin einem Schwerbehinderten gleichgestellt. Datum der Anerkennung _____

Angaben über Ihre Arbeit, die Sie bei Antragstellung verrichtet haben

ständig stehend

ständig sitzend

gehend und stehend

im Wechsel von stehen / gehen / sitzen

Arbeitszeit

Vollzeit

Teilzeit, täglich _____ Stunden / an _____ Tag / Tagen je Woche

Arbeitsweise

Außendienst zu _____ Prozent

Innendienst zu _____ Prozent

Folgende spezielle Ausstattungsmerkmale soll der beantragte Bürostuhl haben:

Empty box for special equipment features.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

