

Antrag auf Folgeversorgung für Arbeitssicherheitsschuhe

Name, Vorname

Geb.-Datum

Rentenversicherungs-Nr.

Sehr geehrte Damen und Herren, hiermit beantrage ich

eine Folgeversorgung **eine Wechselversorgung**

für ein Paar

Baumustergeprüfte Einlagen

Arbeitssicherheitsschuhe nach DIN ggf. mit orthop. Schuhzurichtung

Orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe nach Maß

S1 S1P S2 S3 ESD

Halbschuh Stiefel, niedrig Stiefel

Besondere Anforderungen: _____

Die Wechsel-/Folgeversorgung ist erforderlich, weil

- Oberleder durch mechanischen Einfluss verschlissen
- Sohle u. Absatz irreparabel verschlissen
- Aufgrund hygienischer Anforderungen (ausgeprägte Schweißbildung)
- Aufgrund hygienischer Anforderungen (tägliches Feuchtigkeitseinfluss von außen)
- Statusveränderung Sicherheitsanforderung, siehe Anforderungen
- Statusveränderung medizinischer Befund, siehe Rezept

An meiner beruflichen Situation hat sich nichts geändert,
siehe G100 und G130 vom _____

Freundliche Grüße

Datum

Unterschrift

Der Arbeitgeber beteiligt sich an den Kosten in Höhe von _____ €.

Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers