

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

Baumstergprüfte 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 (täglich 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