

**Antrag auf Gewährung eines Zuschusses zur Rehabilitation gem. § 20 der Satzung
Versorgungswerk der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte
in der Freien und Hansestadt Hamburg**

An das:

Versorgungswerk der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte
In der Freien und Hansestadt Hamburg
Esplanade 39

20354 Hamburg

Gem. § 20 der Satzung des Versorgungswerkes der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte in der Freien und Hansestadt Hamburg beantrage ich die Gewährung eines Zuschusses zu einer Rehabilitationsmaßnahme und mache hierzu folgende Angaben:

1. Angaben zur Person

Mitgliedsnummer: _____

Name _____

Vorname _____

Tel. / Mobil _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Ort _____

Familienstand _____

Art der zuletzt ausgeübten anwaltlichen Tätigkeit _____

2. An welchen Krankheiten haben Sie bisher gelitten?

Art der Krankheit	von	bis	Name und Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des Krankenhauses

3. An welchen Krankheiten, Beschwerden oder Gebrechen leiden Sie zur Zeit?

Art der Krankheit	seit	Name und Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des Krankenhauses

4. Sind Sie aufgrund Ihrer jetzigen Erkrankungen nicht mehr anwaltlich tätig; wenn ja, seit wann; wenn nein, in welchem Umfang sind Sie noch als Rechtsanwalt tätig?

5. In welchem Ausmaß ist Ihre Leistungsfähigkeit zur Zeit gemindert?

6. Welche Maßnahmen (stationäre / ambulante Behandlung, Kuraufenthalt etc.) sind bisher zur Besserung Ihres derzeitigen Zustandes durchgeführt worden? Bitte genaue Angaben über die durchgeführten Maßnahmen (Krankenhaus, behandelnder Arzt, Sanatorium, Zeitraum, Anschriften)

7. Welche Maßnahmen werden von dem behandelnden Arzt zur Wiederherstellung / Erhaltung der Berufsfähigkeit vorgeschlagen? (Ärztliche Bescheinigung und Kostenvoranschlag bitte beifügen)

8. Kommen andere Kostenträger (Berufsgenossenschaft, Deutsche Rentenversicherung etc.) für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme in Frage?

() Ja () Nein

9. Meine Krankenversicherung beteiligt sich an den Kosten der Heilbehandlung.

() Ja () Nein

10. Angaben zur Steuer-Identifikationsnummer (bitte nicht die alte Steuernummer!)

Steuer-ID												
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Das Versorgungswerk ist nach § 22 a des Einkommensteuergesetzes (EStG) verpflichtet, der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) Leistungen zu melden, die einem Leistungsempfänger zugeflossen sind. Hierfür benötigen wir Ihre steuerliche Identifikationsnummer.

11. Bankverbindung für die Überweisung des Zuschusses

Geldinstitut _____
 (Name u. Ort) _____

IBAN																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC							
-----	--	--	--	--	--	--	--

_____ Ort Datum Unterschrift

Zuschüsse zu Rehabilitationsleistungen unterliegen grundsätzlich der Steuerpflicht und müssen daher von uns gemäß § 22 a EStG an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) gemeldet werden.

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen (bitte Anmerkungen unten beachten):

- a) Bescheinigung Ihres Arztes (Arztbericht) über die gestellte Diagnose(n) die zur Berufsunfähigkeit führt(en),
- b) Erklärung, dass die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbunden sind (s. Anlage),

Anlage

- Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Anlage

Mitgliedsnummer: _____

Versorgungswerk der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte
in der Freien und Hansestadt Hamburg
Esplanade 39
20354 Hamburg

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben, sowie sonstige Stellen, die über meinen Gesundheitszustand Auskunft geben können, u. a.

Herrn / Frau Dr. med. _____

Telefonnummer: _____

Herrn / Frau Dr. med. _____

Telefonnummer: _____

Herrn / Frau Dr. med. _____

Telefonnummer: _____

dem Versorgungswerk der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte in der Freien und Hansestadt Hamburg und dem vom Versorgungswerk beauftragtem Gutachter gegenüber von der ihnen obliegenden Schweigepflicht, soweit es für die Beurteilung meiner Berufsunfähigkeit bzw. für die Beurteilung von Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich ist.

Ort

Datum

Unterschrift