



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 \_\_\_\_\_ %

Innendienst zu \_\_\_\_\_ %

Folgende spezielle Ausstattungsmerkmale soll der beantragte Bürostuhl haben:

[Empty box for special equipment features]

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

Unterschrift \_\_\_\_\_

