

Antrag auf Folgeversorgung für Arbeitssicherheitsschuhe

Name, Vorname

Geb. Datum

Rentenvers. - 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

☐ S2

☐ S3

☐ S4

☐ S5 Gummi/PU-Stiefel

☐ Halbschuh

☐ Stiefel, niedrig

☐ Stiefel

Besondere Anforderungen: _____

Die Wechsel - / Folgeversorgung ist erforderlich weil

☐ Oberleder durch
mechanischen Einfluss
verschlissen

☐ Sohle u. Absatz
irreparabel verschlissen

Aufgrund hygienischen
Anforderungen
(ausgeprägte
Schweißbildung)

☐ Aufgrund hygienischen
Anforderungen (tägliche
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 _____

Mit freundlichen Grüßen

Datum und Unterschrift

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

Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers