

# 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

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oberleder durch<br>mechanischen Einfluss<br>verschlissen                                | <input type="checkbox"/> Sohle u. Absatz<br>irreparabel verschlissen                         | <input type="checkbox"/> Aufgrund hygienischen<br>Anforderungen<br>(ausgeprägte<br>Schweißbildung) |
| <input type="checkbox"/> Aufgrund hygienischen<br>Anforderungen (tägliche<br>Feuchtigkeitseinfluss<br>von außen) | <input type="checkbox"/> Statusveränderung<br>Sicherheitsanforderung,<br>siehe Anforderungen | <input type="checkbox"/> Statusveränderung<br>medizinischer Befund,<br>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

OMF 7.35/0