

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

- Baumustergeprüfte Einlagen**
- Arbeitssicherheitsschuhe nach DIN ggf. mit orth. 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 Feuchtigkeitsfluss 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

Unterschrift

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

Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers