

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

OMF 7.35/0