

| | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
|-------------------------|-------------------------------------|

**Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei
grenzüberschreitenden Fällen**

G105

| | |
|---------------|------------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
|---------------|------------------|

| | |
|--|---|
| 1 Sie haben angegeben, dass Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland zahlen. Name und Anschrift des Arbeitgebers _____ _____ Staat _____ | |
| 2 Besteht aufgrund Ihrer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit eine Versicherungspflicht zur Sozialversicherung im Ausland? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte fügen Sie eine Kopie der Bescheinigung S1 beziehungsweise E 106 bei!) Name und Anschrift des Sozialversicherungsträgers _____ _____ | |
| 3 Beziehen Sie eine Entgeltersatzleistung (zum Beispiel Krankengeld) von einer Stelle außerhalb der Bundesrepublik Deutschland? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name und Anschrift des Leistungsträgers _____ _____ | |
| | Aktenzeichen |
| 4 Haben Sie aktuell einen Antrag auf eine vergleichbare Leistung zur Rehabilitation im Ausland gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bei welcher Stelle (Name und Anschrift)? _____ _____ | |
| | Aktenzeichen |
| 5 Unterschrift _____ _____ | |
| Ort, Datum | Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers |