

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