

# 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 orthop. 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 (tägliches Feuchtigkeitseinfluss von außen)
- Statusveränderung Sicherheitsanforderung, siehe Anforderungen
- Statusveränderung medizinischer Befund, siehe Rezept

An meiner beruflichen Situation hat sich nichts geändert,  
siehe G100 und G130 vom \_\_\_\_\_

Freundliche Grüße

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers