

Antrag auf Folgeversorgung für Arbeitssicherheitsschuhe

Name, Vorname

Geburtsdatum

Rentenversicherungsnummer

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich beantrage:

eine Folgeversorgung

eine Wechselversorgung

für ein Paar

Baumstergprüfte Einlagen

Arbeitssicherheitsschuhe nach DIN ggf. mit orthopädischer Schuhzurichtung

Orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe nach Maß

S1

S2

S3

S4

S5 Gummi/PU Stiefel

Halbschuhe

Stiefel, niedrig

Stiefel

Besondere Anforderungen _____

Die Wechsel-/Folgeversorgung ist erforderlich, weil

Oberleder durch mechanischen Einfluss verschlissen

Sohle und Absatz irreparabel verschlissen

Aufgrund hygienischen Anforderungen (ausgeprägte Schweißbildung)

Aufgrund hygienischen Anforderungen (täglichem Feuchtigkeitseinfluss von Außen)

Statusveränderung - Sicherheitsanforderung, siehe Anforderungen

Statusveränderung – medizinischer Befund, siehe Rezept.

Meine bisherige Arbeitssituation hat sich **NICHT** geändert,
siehe G100 und G130 vom _____

Mit freundlichen Grüßen

Datum, ihre Unterschrift

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

Datum, Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers