

# KOBV – Der Behindertenverband

1080 WIEN  
LANGE GASSE 53

TEL.: 01/406 15 86 – 0  
E-MAIL: kobv@kobv.at

ZVR-Zahl: 86 81 48 653

aufgenommen von: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

## KLAGE-ERHEBUNGSBOGEN BERUFSUNFÄHIGKEITS- UND INVALIDITÄTSPENSION REHABILITATIONSGELD

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
(zur Weitergabe an das Gericht wegen allfälliger Terminvereinbarung)

Bescheid vom \_\_\_\_\_ zugestellt am \_\_\_\_\_

### Zustimmungserklärung:

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine in diesem Erhebungsbogen angeführten Daten intern verarbeitet werden und diese im Falle der Erteilung eines Vertretungsauftrages an die zuständigen Sozialversicherungsträger sowie an das Gericht weitergeleitet werden. Ich wurde auch darüber aufgeklärt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann, nehme aber dabei zur Kenntnis, dass im Falle eines Widerrufs eine weitere Vertretung durch die KOBV-Sozialrechtsabteilung nicht möglich ist.

\_\_\_\_\_  
(Datum und Unterschrift)

An welchen Krankheiten leiden Sie:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Erforderliche SV Gutachten:

Interne Medizin	<input type="checkbox"/>	Rheumatologie	<input type="checkbox"/>
Neurologie/Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	Urologie	<input type="checkbox"/>
Orthopädie/Chirurgie	<input type="checkbox"/>	Dermatologie	<input type="checkbox"/>
Lungenheilkunde	<input type="checkbox"/>	Psycho/Arbeitstest	<input type="checkbox"/>
HNO	<input type="checkbox"/>	Berufskunde	<input type="checkbox"/>
Gynäkologie	<input type="checkbox"/>	BQT	<input type="checkbox"/>
Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>		

Verfügen Sie über einen Lehrabschluss (ein positives Lehrabschlussprüfungszeugnis?)

ja  nein

Wenn ja, über welchen: \_\_\_\_\_

Haben Sie diesen Lehrberuf in den letzten 15 Jahren überwiegend (dh 7,5 Jahre) ausgeübt?

ja  nein

Haben Sie in den letzten 15 Jahren eine Tätigkeit ausgeübt, die einem Lehrberuf entspricht?

ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Besteht ein aufrechtes Dienstverhältnis? ja  nein

Das letzte Dienstverhältnis ist gelöst seit? \_\_\_\_\_

Letzte kollektivvertragliche Einstufung: \_\_\_\_\_

Letztes Bruttogehalt: \_\_\_\_\_

**Ihre Tätigkeit in den letzten 15 Jahren (unbedingt vollständig ausfüllen, eine Bearbeitung ist ansonsten NICHT möglich; Angaben im Versicherungsdatenauszug NICHT ausreichend)**

Name der Dienstgeber + Anschrift	Dauer des Dienstverhältnisses (von - bis)	ausgeübte Tätigkeit (zB Kellner, Maurer, Reinigungskraft, Bauhilfsarbeiter, Regalbetreuer)

**NUR FÜR PENSIONSWERBER AB DEM 60. LEBENSJAHR:**

Haben Sie **in den letzten 15 Jahren vor** dem Pensionsantrag 10 Jahre (120 Beitragsmonate) eine gleich/ähnliche Tätigkeit verrichtet? ja  nein

Bestätigung über Klageeinbringung für Arbeitsmarktservice erforderlich:  
ja  nein

Dolmetscher erforderlich: ja  nein

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Folgende Unterlagen bitte beilegen wenn vorhanden:

- **Befunde zum Gesundheitszustand (nicht älter als 1 Jahr, in Kopie)**
- **Lehrabschlusszeugnis (in Kopie)**
- **Dienstzeugnisse/Dienstgeberbestätigungen (in Kopie)**
- **Versicherungszeitenauszug der ÖGK oder PVA**
- **Bei Vorverfahren bei Gericht - wenn nicht durch KOBV vertreten - Gutachten/Urteil/Tonbandprotokoll (in Kopie)**

Anmerkungen: