

„Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen“

Sehr geehrtes Mitglied,

Mitglieder des Versorgungswerks haben gemäß § 16 der Satzung die Möglichkeit, einen Antrag auf Zuschuss zu den Kosten einer notwendigen, besonders aufwendigen medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zu stellen. Der Zuschuss ist rechtzeitig vor Beginn der Behandlung schriftlich zu beantragen.

Voraussetzung für einen solchen Zuschuss ist, dass die Berufsfähigkeit als Steuerberater/in infolge Krankheit oder eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche der körperlichen oder geistigen Kräfte oder Sucht gefährdet, gemindert oder ausgeschlossen ist und die Berufsfähigkeit durch diese medizinische Rehabilitationsmaßnahme voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

Des Weiteren muss es sich um eine notwendige und besonders aufwendige medizinische Rehabilitationsmaßnahme handeln. Berufliche Wiedereingliederungsmaßnahmen, die keine medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen sind, Erholungsaufenthalte und Hilfsmittel jeglicher Art (z.B. Brillen und Bürostühle), werden von der Regelung nicht erfasst und können daher keinesfalls bezuschusst werden.

Es handelt sich bei einem Zuschuss zu den Kosten einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme um eine Ermessensleistung des Versorgungswerks. Ein Rechtsanspruch auf einen solchen Zuschuss besteht nicht. Die Entscheidung über die Gewährung eines solchen Zuschusses trifft bei Vorliegen sämtlicher Anspruchsvoraussetzungen der Vorstand im Rahmen seiner Ermessensausübung unter Einholung einer Stellungnahme eines ärztlichen Beraters sowie unter pflichtgemäßer Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles.

Ein Zuschuss zu den Kosten einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme kann durch das Versorgungswerk satzungsgemäß nicht erfolgen, sofern eine gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Erstattungspflicht einer anderen Stelle besteht (z.B. durch die gesetzliche Rentenversicherung oder Ihre Krankenversicherung).

Um einen Antrag bearbeiten zu können, benötigen wir die folgenden Unterlagen:

- vollständig ausgefülltes Formular „Antrag auf Gewährung eines Zuschusses zur Rehabilitation“
- aussagekräftiges ärztliches Gutachten mit prognostischer Stellungnahme, Angaben zur Dauer der notwendigen Maßnahme und einer geeigneten Klinik/Behandlungsrichtung (nicht ausreichend ist eine ärztliche Bescheinigung, die lediglich Diagnose und die Feststellung der Notwendigkeit einer Kur/Maßnahme enthält)
- Bestätigung des behandelnden Arztes bzw. der Berufsgenossenschaft, dass keine Berufserkrankung vorliegt bzw. anerkannt werden kann
- Erklärung, dass die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbunden sind (s. Vordruck)
- jeweils eine Kopie der Ablehnungsschreiben der gesetzlichen Rentenversicherung sowie Ihrer Krankenkasse über Ihren dortigen Antrag auf Gewährung einer Rehabilitationsmaßnahme
- Nachweise über die voraussichtlichen Kosten der notwendigen Maßnahme sind nach Grund und Höhe unter Beifügung von Belegen von Ihnen einzureichen
- Darlegung Ihrer Einkommens- und Familienverhältnisse, damit diese bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen bei einer Entscheidung des Vorstandes über die Gewährung des Zuschusses berücksichtigt werden können

Sollten Sie weitere Fragen zur Zuschussgewährung haben oder Unterstützung bei der Antragstellung benötigen, stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Ihr Versorgungswerk

Versorgungswerk der Steuerberater
in Hessen
Postfach 10 52 41
40043 Düsseldorf

Mitglied:
Mitglieds-Nr.:
7000-001 (für automatische Formulareerkennung)

Per FAX: 0211 179369-55

Antrag auf Gewährung eines Zuschusses zur Rehabilitation

Gem. § 16 der Satzung des Versorgungswerkes der Steuerberater in Hessen beantrage ich Gewährung eines Zuschusses zu einer Rehabilitationsmaßnahme und mache hierzu folgende Angaben:

Allgemeine Personalien:

Name: _____ **Vorname:** _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum	Familienstand	Zahl der Kinder
---------------------	----------------------	------------------------

Art der zuletzt ausgeübten steuerberatenden Tätigkeit

1. An welchen Krankheiten haben Sie bisher gelitten?

Art der Krankheit	von	bis	Name und Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des Krankenhauses

2. An welchen Krankheiten, Beschwerden oder Gebrechen leiden Sie z.Zt.?

Art der Krankheit	seit	Name und Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des Krankenhauses

3. Sind Sie aufgrund Ihrer jetzigen Erkrankung nicht mehr steuerberatend tätig; wenn ja, seit wann; wenn nein, in welchem Umfang sind Sie noch tätig als Steuerberater?

4. In welchem Ausmaß ist Ihre Leistungsfähigkeit zur Zeit gemindert?

5. Welche Maßnahmen (stationäre / ambulante Behandlung, Kuraufenthalt etc.) sind bisher zur Besserung Ihres derzeitigen Zustandes durchgeführt worden?

Bitte genaue Angaben über die durchgeführten Maßnahmen (Krankenhaus, behandelnder Arzt, Sanatorium, Zeitraum, Anschriften)

6. Welche Maßnahmen werden von dem behandelnden Arzt zur Wiederherstellung / Erhaltung der Berufsfähigkeit vorgeschlagen? (Ärztliche Bescheinigung und Kostenvoranschlag beifügen)

7. Rentenbezugsmitteilungsverfahren nach § 22 a Abs. 1 Einkommensteuergesetz

Gemäß vorstehender Vorschrift ist das Versorgungswerk verpflichtet, Ihre Zuschüsse zur Rehabilitationsmaßnahmen ab dem 01.01.2005 an die zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) zu melden, die die Daten sammelt und dann an die zuständigen Länderfinanzbehörden weitergibt.

Inhalt dieser Rentenbezugsmitteilung ist zwingend auch die Steueridentifikationsnummer; bitte ergänzen Sie diese im nachfolgenden Feld.

Meine Steueridentifikationsnummer lautet wie folgt:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich versichere, dass keine anderen Kostenträger (Berufsgenossenschaft, Deutsche Rentenversicherung Bund / Land, DRV Knappschaft-Bahn-See, etc.) für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme in Frage kommen.

Der Zuschuss soll überwiesen werden auf
mein Konto / das Konto von _____

IBAN _____

BIC _____

(Die Angaben können in der Regel der Rückseite Ihrer EC-Karte oder auch den Kontoauszügen Ihrer Bank entnommen werden. Ansonsten erfragen Sie die Daten bitte bei Ihrem kontoführenden Kreditinstitut.)

(Ort / Datum)

(Unterschrift)

Versorgungswerk der Steuerberater
in Hessen
Postfach 10 52 41
40043 Düsseldorf

Mitglied:

Mitglieds-Nr.:

5010-000 (für automatische Formulareerkennung)

Per FAX: 0211 179369-55

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht zur Beurteilung von Berufsunfähigkeit

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

geboren am: _____

sämtliche mich behandelnden Ärzte sowie Angehörigen anderer Heilberufe und Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, sowie sonstige Stellen, die über meinen Gesundheitszustand Auskunft geben können, von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber dem **Versorgungswerk der Steuerberater in Hessen, Düsseldorf**, soweit es für die Beurteilung meiner Berufsfähigkeit bzw. für die Beurteilung von Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich ist. Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch gegenüber denen vom Versorgungswerk der Steuerberater in Hessen ggf. beauftragten Gutachter bzw. Obergutachtern.

Insbesondere entbinde ich von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht:

(genaue Anschrift der betreffenden Ärzte sowie Behandlungszeitraum angeben)

<input type="checkbox"/> Herrn <input type="checkbox"/> Frau	Titel, Vor- und Nachname:		
Anschrift:		von/seit:	bis:

<input type="checkbox"/> Herrn <input type="checkbox"/> Frau	Titel, Vor- und Nachname:		
Anschrift:		von/seit:	bis:

<input type="checkbox"/> Herrn <input type="checkbox"/> Frau	Titel, Vor- und Nachname:		
Anschrift:		von/seit:	bis:

<input type="checkbox"/> Herrn <input type="checkbox"/> Frau	Titel, Vor- und Nachname:		
Anschrift:		von/seit:	bis:

Den Beteiligten ist Auskunft zu geben über alle in Betracht kommenden Umstände einschließlich Vorerkrankungen die für die Bearbeitung des Antrages in Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

(Ort / Datum)

(Unterschrift)