|  |
| --- |
| Empfänger/-in |

|  |
| --- |
| Absender, Ansprechpartner/-in |

Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger:

Antragssplitting Auswahl

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Angaben zur Person |  | Angaben zum Antrag |  |
| Name, Vorname | [Eintragen] | Datum der Fristauslösung | [Datum] |
| Geburtsdatum | [Eintragen] |  |  |
| Straße, Hausnummer | [Eintragen] |  |  |
| PLZ, Wohnort | [Eintragen] |  |  |
| Telefon | [Eintragen] |  |  |
| Vers.Nr. | [Eintragen] |  |  |
| AZ | [Eintragen] |  |  |

Sehr geehrte Damen und Herren,

uns liegt ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe vor. Der Antrag umfasst auch folgende Leistungen, für die wir nicht Rehabilitations-/Leistungsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX sein können:

[Konkrete Benennung der Leistung/en]

Es handelt sich hierbei um:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Leistungen zur medizinischen Rehabilitation | Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben | Leistungen zur sozialen Teilhabe | Leistungen zur Teilhabe an Bildung |
|[ ] [ ] [ ] [ ]

Deshalb leiten wir Ihnen den Antrag insoweit mit der Bitte zu, über diese Leistungen zur Teilhabe in eigener Zuständigkeit zu entscheiden und Auswahl hierüber zu unterrichten („Antragssplitting“, § 15 Abs. 1 SGB IX).

Teilhabeplanung

Für die Erstellung eines Teilhabeplans benötigen wir als leistender Rehabilitationsträger Informationen zu Ihren Feststellungen über die durchzuführenden Leistungen zur Teilhabe (§ 19 Abs. 1 und 2 SGB IX). Bitte erfassen Sie diese in dem beigefügten Teilhabeplan unter Teil II.

Teilen Sie uns Ihre Feststellungen bitte unverzüglich, spätestens bis zum [Datum eintragen *(fünf Wochen nach dem Datum der Fristauslösung)*] mit.[[1]](#footnote-1)

Bitte informieren Sie uns bereits zuvor darüber, ob Sie für die benannten Leistungen grundsätzlich zuständig sind und geben uns erste Rückmeldungen zum Rehabilitationsbedarf, möglichst bis zum [Datum eintragen *(zwei Wochen nach Eingang des gesplitteten Antragsteils)*].[[2]](#footnote-2)

Wenn Sie die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz (§ 20 SGB IX) vorschlagen möchten, teilen Sie uns dies bitte ebenfalls mit.

Den Teilhabeplan erhalten Sie nach Erstellung zur Kenntnis. Informieren Sie uns bitte, wenn sich bei Ihrer Leistungsentscheidung Abweichungen zu den Feststellungen im Teilhabeplan ergeben.

Entscheidungsfristen

Bitte beachten Sie bei Ihrer Entscheidung die Fristen nach § 15 Abs. 4 SGB IX und teilen Sie uns das Datum der Leistungsentscheidung mit.

Sollte bis zum [Datum nach § 18 Abs. 1 SGB IX eintragen] keine Entscheidung ergehen, kann der Antrag nach § 18 Abs. 3 SGB IX als genehmigt gelten. Sofern die/der Leistungsberechtigte sich die Leistungen anschließend selbst beschafft und wir kostenerstattungspflichtig werden (§ 18 Abs. 4 SGB IX), werden wir einen Erstattungsanspruch prüfen (§ 16 Abs. 5 SGB IX). *[Diesen Absatz streichen, wenn ein Träger i.S.d. § 18 Abs. 7 SGB IX leistender Rehabilitationsträger ist]*

Auswahl haben wir über die teilweise Weiterleitung des Antrags an Sie informiert.

Bei Rückfragen können Sie uns gerne telefonisch erreichen.

Freundliche Grüße

i.A.

Anlage

1. Diese Rückmeldefrist entspricht der trägerübergreifenden Vereinbarung in § 53 Abs. 2 Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess. [↑](#footnote-ref-1)
2. Nach § 30 Abs. 2 Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess sollen entsprechende Mitteilungen binnen zwei Wochen nach Eingang des gesplitteten Antragsteils erfolgen. [↑](#footnote-ref-2)