|  |
| --- |
| Empfänger/-in |

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

Information zu Ihrem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe:

Beteiligung weiterer Rehabilitationsträger / Antragssplitting (§ 15 Abs. 1 SGB IX)

– Eingangsbestätigung

Sehr Auswahl [Name],

Sie haben einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gestellt. Der Antrag umfasst auch folgende Leistungen, für die wir zuständig sind:

[Konkrete Benennung der Leistung/en]

Dieser Teil des Antrags wurde uns von/vom [leistenden Rehabilitationsträger eintragen] zugeleitet, damit wir in eigener Zuständigkeit über die Leistungen entscheiden. Hierüber werden Sie von uns einen entsprechenden Bescheid erhalten.

Zuvor benötigen wir von Ihnen noch folgende Informationen bzw. Unterlagen:

[Eintragen oder diesen Satz ggf. streichen]

Im Übrigen verbleibt es bei der Koordinierung der Leistungen durch den oben genannten Rehabilitationsträger (§§ 14 ff. SGB IX). Weitere Informationen hierzu haben Sie von diesem erhalten.

Bei Fragen zu den oben aufgeführten Leistungen können Sie sich auch gerne an uns wenden.

Freundliche Grüße

i.A.