Stand: 6.11.2013

Arbeitshilfe zur Feststellung der Erwerbsfähigkeit gemäß §§ 8, 44a SGB II (AH FdE)

Darstellung der wesentlichen Handlungsschritte bei Jobcenter t.a.h. und bei GS

Handlungsschritte bei Jobcenter t.a.h	Hinweise zum Verfahren / Fallüber-gang	**Handlungsschritte bei GS** (Verfahrenshinweise für GS)
<u>Sämtliche Fälle</u> ❖ **Jobcenter t.a.h. verneint Erwerbsfähigkeit** • Jobcenter trifft Entscheidung gemäß Feststellung des ÄD der Agentur.		
<u>Fallgruppe 1</u> ❖ **Rentenanspruch kommt in Betracht** • t.a.h. veranlasst Rentenantrag beim zuständigen RVT (ggf. Antragsstellung gem. § 5 SGB II). • t.a.h. leistet gemäß SGB II weiter bis zur Entscheidung des RVT. • t.a.h. fordert Leistungsberechtigten auf, SGB XII-Leistungen für den Bedarfsfall geltend zu machen bzw. zu beantragen (t.a.h. nimmt entsprechende Anträge auf und leitet diese an GS mit dem Erstattungsanspruch weiter). • t.a.h. meldet bei GS dem Grunde nach Erstattungsanspruch an (Anlage 1). • Die weitere Fallsteuerung erfolgt gemäß der rentenmedizinischen Entscheidung des RVT. <u>Hinweis:</u> Die rentenmedizinische Entscheidung des RVT ist für Jobcenter t.a.h. und für GS verbindlich.	➡ ➡	• GS erfasst den Eingang des Erstattungsanspruchs und den Beginn der Hilfebedürftigkeit (3. Kapitel SGB XII) bzw. das Datum des Antrags (4. Kapitel SGB XII).
❖ **RVT stellt Erwerbsfähigkeit des Leistungsberechtigten fest und** ○ **eine Rente wird <u>nicht</u> bewilligt** • t.a.h. informiert GS, dass Erstattungsanspruch erledigt ist.	➡	

❖ **RVT stellt volle Erwerbsminderung des Leistungsberechtigten fest und** ○ **eine <u>bedarfsdeckende</u> Rente wird bewilligt** • Wird die volle Erwerbsminderungsrente als Zeitrente bewilligt, macht t.a.h. den Erstattungsanspruch der Höhe nach für 6 Monate geltend (Eintritt der Minderung der Erwerbsfähigkeit bis zur Leistung der Rente mit Beginn des 7. Kalendermonats, § 101 Abs. 1 SGB VI). • Wird die volle Erwerbsminderungsrente auf Dauer bewilligt, informiert t.a.h. GS, dass Erstattungsanspruch erledigt ist.	→	
❖ **RVT stellt volle Erwerbsminderung des Leistungsberechtigten fest und** ○ **eine <u>nicht</u> bedarfsdeckende Rente wird bewilligt** • kein Fallübergang zu GS, wenn Leistungsberechtigter **befristet** voll erwerbsgemindert und in BG mit Erwerbsfähigen lebt (dann Anspruch auf Sozialgeld). • t.a.h. informiert GS, dass Erstattungsanspruch erledigt ist.	→	
❖ **RVT stellt volle Erwerbsminderung des Leistungsberechtigten fest,** ○ **eine <u>nicht</u> <u>bedarfsdeckende</u> Rente wird bewilligt und** • **Fallübergang zu GS**, wenn Leistungsberechtigter **befristet** voll erwerbsgemindert ist und <u>nicht</u> in BG mit Erwerbsfähigen lebt oder Leistungsberechtigter **dauerhaft** voll erwerbsgemindert ist. • t.a.h. macht den Erstattungsanspruch der Höhe nach geltend (Anlage 2a) und rechnet diesen mit GS ab.	→	• GS prüft ggf. vorrangige Ansprüche (Wohngeld, Kinderzuschlag) • GS stellt Bedarf gemäß 3. oder 4. Kapitel SGB XII fest und übernimmt die Fallbearbeitung • GS überprüft bei befristeter voller Erwerbsminderung die persönlichen Lebensverhältnisse (kein Anspruch auf Sozialgeld). • GS meldet vorsorglich Erstattungsanspruch beim RVT an (für den Fall, dass bedarfsmindernde Rente nicht rechtzeitig geleistet wird) • GS achtet insbesondere auf die

	➡ ⬅	KV des Leistungsberechtigten. • GS erstattet t.a.h. die weiter gewährten SGB II-Leistungen (in dieser Fallgruppe: <u>kein</u> Zinsanspruch von t.a.h. gegen GS!).

		❖ **<u>Befristete volle Erwerbsminderung</u>** • GS veranlasst vor Fristablauf Prüfung beim RVT gemäß § 45 SGB XII (Anlage 3). • GS meldet bei t.a.h. dem Grunde nach Erstattungsansprüche an (Anlage 4) und fügt vorsorglich einen Antrag des Leistungsberechtigten bei. • Die weitere Fallsteuerung erfolgt gemäß der Entscheidung des RVT.
	⬅ ⬅ ⬅	❖ **RVT <u>bestätigt volle Erwerbsminderung</u> des Leistungsberechtigten** • Kein Fallübergang zu t.a.h. • Bei erneuter befristeter voller Erwerbsminderung: GS legt Fall auf Wiedervorlage. • Bei dauerhafter voller Erwerbsminderung: GS überführt Fall in das 4. Kapitel SGB XII. • GS Informiert t.a.h., dass Erstattungsanspruch erledigt ist.
t.a.h. stellt den Bedarf gemäß SGB II fest und übernimmt die Fallbearbeitung. <u>Hinweis</u>: GS hat einen Anspruch auf Verzinsung der Erstattungsforderung entsprechend § 108 SGB X mit 4 %.	⬅ ⬅	❖ **RVT stellt <u>Erwerbsfähigkeit</u> des Leistungsberechtigten fest** **Fallübergang zu t.a.h.** (sobald der Leistungsberechtigte den SGB II- Antrag stellt). • GS fordert Leistungsberechtigten auf, ab dem Tag der wieder vorliegenden Erwerbsfähigkeit, SGB II-Leistungen zu beantragen (konkretisierter Leistungsanspruch). • GS macht gegenüber t.a.h den Erstattungsanspruch der Höhe nach – einschließlich etwaiger Zinsen – geltend (Anlage 5).

<u>Fallgruppe 2</u> ❖ **RVT lehnt Rentenantrag ab;** ○ **Wartezeit bzw. sonstige versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind <u>nicht</u> erfüllt und** ○ **es besteht <u>kein Anspruch auf Sozialgeld</u>** • In dieser Fallgruppe erfolgt die Überprüfung der vollen Erwerbsminderung durch den RVT gemäß § 44a Abs. 1 Sätze 3 bis 6 SGB II. • t.a.h. leistet gemäß SGB II weiter bis zur Entscheidung des RVT. • t.a.h. fordert Leistungsberechtigten auf, SGB XII-Leistungen für den Bedarfsfall geltend zu machen bzw. zu beantragen (t.a.h. nimmt entsprechende Anträge auf und leitet diese an GS mit dem Erstattungsanspruch weiter). • t.a.h. meldet bei GS dem Grunde nach Erstattungsanspruch an (Anlage 1). • Die weitere Fallsteuerung erfolgt gemäß der Entscheidung des RVT (wie Fallgruppe 1). <u>Hinweis</u>: Auch in dieser Fallgruppe ist die rentenmedizinische Entscheidung des RVT für Jobcenter t.a.h. und für GS verbindlich.	➡ ➡ ⬅	• GS erfasst den Eingang des Erstattungsanspruchs und den Beginn der Hilfebedürftigkeit (3. Kapitel SGB XII) bzw. das Datum des Antrags (4. Kapitel SGB XII). • Falleinrichtung (ohne SGB XII-Leistungsgewährung). • GS erhebt Widerspruch, t.a.h. leitet daraufhin die Überprüfung beim RVT ein. Zur Begründung des Widerspruchs siehe Anlage 6.
❖ **RVT stellt Erwerbsfähigkeit des Leistungsberechtigten fest** • t.a.h. informiert GS, dass Erstattungsanspruch erledigt ist. • kein Fallübergang zu GS (Fall war und bleibt bei t.a.h.).	➡	

❖ **RVT stellt volle Erwerbsminderung des Leistungsberechtigten fest und** • **Fallübergang zu GS**, wenn Leistungsberechtigter **befristet** voll erwerbsgemindert ist und nicht in BG mit Erwerbsfähigen lebt oder Leistungsberechtigter **dauerhaft** voll erwerbsgemindert ist. • t.a.h. macht den Erstattungsanspruch der Höhe nach – einschließlich etwaiger Zinsen geltend (Anlage 2b) – und rechnet diesen mit GS ab. <u>Hinweis</u>: t.a.h. hat einen Anspruch auf Verzinsung der Erstattungsforderung mit 4 %. Die Verzinsung beginnt nach Bekanntgabe des gegenüber GS dem Grunde nach geltend gemachten Erstattungsanspruches bzw. mit Zahlung der jeweiligen Beträge nach der Erstattungsanmeldung.		• GS stellt Bedarf gemäß 3. oder 4. Kapitel SGB XII fest und übernimmt die Fallbearbeitung. • GS überprüft bei befristeter voller Erwerbsminderung die persönlichen Lebensverhältnisse (kein Anspruch auf Sozialgeld). • GS achtet insbesondere auf die KV des Leistungsberechtigten. • GS erstattet t.a.h. die seit dem Tag des Widerspruchs gewährten SGB II-Leistungen – einschließlich etwaiger Zinsen – **innerhalb von drei Monaten** nach der Geltendmachung durch t.a.h. • GS leitet bei befristeter voller Erwerbsminderung rechtzeitig die Überprüfung der Erwerbsminderung beim RVT ein; vgl. o.

AZ: SI 211/113.20-4-1

An das
Grundsicherungs- und Sozialamt

Betr.: Feststellung der Erwerbsfähigkeit gem. § 44a Abs. 1 Satz 1 SGB II

(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

(Anschrift)

Für o.g. Person wurden seit dem Leistungen nach dem SGB II gewährt.

Der medizinische Dienst der Agentur für Arbeit in Hamburg ist gemäß §44a Abs. 1 SGB II beauftragt worden, die Erwerbsfähigkeit der o.g. Person zu überprüfen.

Nach dem Ergebnis dieser Begutachtung ist die Person im Sinne des § 8 Abs. 1 SGB II

☐ befristet bis zum

☐ auf Dauer

voll erwerbsgemindert.

Gemäß § 44a Abs. 1 Satz 7 SGB II werden SGB II-Leistungen vorläufig bis zur verbindlichen Entscheidung des Rentenversicherungsträgers über die Erwerbsminderung von uns weiter erbracht.

Wir melden einen Anspruch auf Erstattung in Höhe der von uns ab dem erbrachten Leistungen gemäß §§ 44a SGB II bzw. gemäß § 103 SGB X an. Ein bezifferter Ersatzanspruch sowie das für die Abwicklung der Erstattung notwendige Kassenzeichen werden Ihnen nach Abschluss der Prüfung des Rentenversicherungsträgers zugehen, sofern danach ein Fallwechsel vom SGB II in das SGB XII erfolgt.

Mit freundlichem Gruß
Im Auftrag

Jobcenter team.arbeit.hamburg

Jobcenter für schwerbehinderte Menschen

An das

Bezirksamt Altona
Fachamt Grundsicherung und Soziales
SDZ

Hamburg

Mein Zeichen:
(Bei jeder Antwort bitte angeben)
BG-Nr.:
Name: Herr
Durchwahl:
E-Mail:

Datum:

Bezifferter Erstattungsanspruch nach § 103 SGB X

Herr
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

(Anschrift)

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Schreiben vom haben wir Ihnen mitgeteilt, dass Jobcenter team.arbeit.hamburg für die oben genannte Person nach der Feststellung, dass diese nicht erwerbsfähig ist, Leistungen gemäß § 44a Abs. 1 Satz 7 SGB II erbringt. Gleichzeitig wurde ein Erstattungsanspruch gemäß § 103 SGB X für den Fall angemeldet, dass der Rentenversicherungsträger die volle Erwerbsminderung feststellt und hierdurch die Feststellung von t.a.h bestätigt wird.

Nachdem diese Bestätigung vorliegt und nach der Einstellung der Leistungsgewährung zum , beziffern wir nunmehr den Erstattungsbetrag und teilen Ihnen unsere Bankverbindung sowie das zu verwendende Kassenzeichen mit.

Laufende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II wurden wie folgt gewährt:

Regelleistung:

vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro

Kosten der Unterkunft:

vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro

Mehrbedarfe:

vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro

KV/PV-Beiträge:

vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro

Einmalige Bedarfe:

Anzahl = Gesamt: Euro

Bildungs- und Teilhabepaket

Klassenreisen:

Anzahl = Gesamt: Euro

Soziokulturelle Teilhabe:

vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro

Eintägige Schul- und Kitaausflüge und mehrtägige Kitareisen:

Anzahl = Gesamt: Euro

Schulmittelbasispakete:

Anzahl = Gesamt: Euro

Daraus ergibt sich ein Gesamterstattungsbetrag in Höhe von Euro.

Den Erstattungsbetrag leisten Sie bitte an:

BA-SH/Zentralkasse
Bundesbank in Nürnberg
BLZ: 760 000 00
Konto: 76001619

IBAN: DE 48 76 00 00 00 00 76 00 16 19 BIC: MARKDEF1760

Kassenzeichen:

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Jobcenter team.arbeit.hamburg

Jobcenter für schwerbehinderte Menschen

An das

Bezirksamt Altona
Fachamt Grundsicherung und Soziales
SDZ

Hamburg

Mein Zeichen:
(Bei jeder Antwort bitte angeben)
BG-Nr.:
Name: Herr
Durchwahl:
E-Mail:

Datum:

Bezifferter Erstattungsanspruch nach § 103 SGB X

Herr
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

(Anschrift)

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Schreiben vom haben wir Ihnen mitgeteilt, dass Jobcenter team.arbeit.hamburg für die oben genannte Person nach der Feststellung, dass diese nicht erwerbsfähig ist, Leistungen gemäß § 44a Abs. 1 Satz 7 SGB II erbringt. Gleichzeitig wurde ein Erstattungsanspruch gemäß § 103 SGB X für den Fall angemeldet, dass der Rentenversicherungsträger die volle Erwerbsminderung feststellt und hierdurch die Feststellung von t.a.h bestätigt wird.

Nachdem diese Bestätigung vorliegt und nach der Einstellung der Leistungsgewährung zum , beziffern wir nunmehr den Erstattungsbetrag und teilen Ihnen unsere Bankverbindung sowie das zu verwendende Kassenzeichen mit.

Laufende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II wurden wie folgt gewährt:

Regelleistung:

vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro

vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro

Kosten der Unterkunft:

vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro
vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro
vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro
vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro
vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro
vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro
vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro

Mehrbedarfe:

vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro
vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro
vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro
vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro
vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro
vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro
vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro

KV/PV-Beiträge:

vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro
vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro
vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro
vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro
vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro
vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro
vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro

Einmalige Bedarfe:

Anzahl = Gesamt: Euro

Bildungs- und Teilhabepaket

Klassenreisen:

Anzahl = Gesamt: Euro

Soziokulturelle Teilhabe:

vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro

Eintägige Schul- und Kitaausflüge und mehrtägige Kitareisen:

Anzahl = Gesamt: Euro

Schulmittelbasispakete:

Anzahl = Gesamt: Euro

Zinsen in Höhe von 4%

Auf die oben genannten monatlichen Beträge seit Erhebung des Widerspruchs durch GS werden jeweils Zinsen in Höhe von 4% gefordert, mithin für

Monat auf den Betrag von Euro = Euro
Monat auf den Betrag von Euro = Euro
Monat auf den Betrag von Euro = Euro
Monat auf den Betrag von Euro = Euro

Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro
Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro
Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro
Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro
Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro
Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro
Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro
Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro

Daraus ergibt sich ein Gesamterstattungsbetrag in Höhe von Euro.

Den Erstattungsbetrag leisten Sie bitte an:

BA-SH/Zentralkasse
Bundesbank in Nürnberg
BLZ: 760 000 00
Konto: 76001619

IBAN: DE 48 76 00 00 00 00 76 00 16 19 BIC: MARKDEF1760

Kassenzeichen:

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Freie und Hansestadt Hamburg
Ersuchende Dienststelle:

An den zuständigen Träger der Rentenversicherung (DRV)

Prüfauftrag im Rahmen des Verfahrens nach § 45 SGB XII

Unser Zeichen	Tel.-Nr.	Fax-Nr.	Datum:

Der ärztliche Dienst der Agentur für Arbeit hat bei Herrn/Frau

Name	Vorname	
Geburtsname		
Geburtsdatum	Geschlecht ☐männlich ☐weiblich	Staatsangehörigkeit
Geburtsort		
Rentenversicherungsnummer		
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)		
Postleitzahl	Wohnort	

die

☐ volle dauerhafte

☐ volle befristete Erwerbsminderung bis zum _____ festgestellt.

☐ Wir bitten Sie zu überprüfen,

☐ Wir bitten Sie vor Ablauf der befristeten Erwerbsminderung zu überprüfen,

1. ob eine volle Erwerbsminderung i.S. des § 43 Abs. 2 SGB VI vorliegt,
2. ob die volle Erwerbsminderung behoben werden kann, also befristet oder auf Dauer besteht (Ersuchen nach § 45 SGB XII),
3. ob für den Fall, dass keine volle Erwerbsminderung vorliegt, Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 8 SGB II besteht.

Eine Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht sowie aktuelle medizinische Unterlagen (soweit vorhanden) sind beigefügt. Weitere medizinische Unterlagen können ggf. unter Beifügung der Schweigepflichtentbindung beim ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit angefordert werden.

_____

Ort / Datum, Stempel / Unterschrift des/der zuständigen Bediensteten des Trägers der Sozialhilfe

Anlagen

An Freie und Hansestadt Hamburg **Ersuchende Dienststelle:** _____	An Jobcenter team.arbeit.hamburg Jobcenter_____

Rücklaufbogen RVT-Prüfauftrag
Vom Gutachter des zuständigen RVT auszufüllen

Unser Zeichen	Ihr Zeichen	Tel.-Nr.	Datum:

Im Rahmen der Begutachtung von Herrn/Frau

Name		Vorname
Geburtsname		
Geburtsdatum	Geschlecht ☐männlich ☐weiblich	Staatsangehörigkeit
Geburtsort		
Rentenversicherungsnummer		

wurde Folgendes festgestellt:

1. **Erwerbsminderung i.S. des § 43 Abs. 2 SGB VI**

Es liegt

☐ volle Erwerbsminderung

☐ keine volle Erwerbsminderung vor.

2. **Art der Erwerbsminderung**

Der/Die Begutachtete ist

☐ auf Dauer voll erwerbsgemindert

☐ voraussichtlich bis _____ voll erwerbsgemindert.

3. **Erwerbsfähigkeit i.S. des § 8 SGB II**

Der/Die Begutachtete ist

☐ erwerbsfähig; nach Ablauf einer befristeten vollen EM ☐ wieder erwerbsfähig seit _____

☐ nicht erwerbsfähig.

4. **Medizinische Gründe für das Vorliegen der Erwerbsfähigkeit (insbesondere Abweichungen zum Votum des ärztlichen Dienstes der Agentur für Arbeit, ggf. nach Ablauf einer befristeten vollen EM)**

_____

Ort / Datum, Stempel / Unterschrift RVT-Gutachter / RVT-Gutachterin

Anlagen

Freie und Hansestadt Hamburg
Dienststelle

An Jobcenter team.arbeit.hamburg
Standort _____

Anmeldung eines Erstattungsanspruchs bei Feststellung der Erwerbsfähigkeit durch den Rentenversicherungsträger

Unser Zeichen	Tel.-Nr.	Fax-Nr.	Datum:

Der zuständige Rentenversicherungsträger hat festgestellt, dass Herr/Frau

Name	Vorname	
Geburtsname		
Geburtsdatum	Geschlecht ☐männlich ☐ weiblich	Staatsangehörigkeit
Geburtsort		
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)		
Postleitzahl	Wohnort	

bis zum _____ befristet voll erwerbgemindert ist. Die oben genannte GS-Dienststelle hat fristgemäß die Überprüfung dieser Feststellung beim zuständigen Rentenversicherungsträger (RVT) eingeleitet und den Leistungsberechtigen vorsorglich aufgefordert, SGB II-Leistungen für den Fall der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ab dem Tag zu beantragen, für den die Erwerbsfähigkeit festgestellt wird. Das Ergebnis der Überprüfung des RVT und ein konkreter Leistungsantrag werden nachgereicht, sofern die Erwerbsfähigkeit wieder vorliegt.

Hiermit wird dem Grunde nach ein Anspruch gemäß § 103 SGB X auf Erstattung der SGB XII-Leistungen angemeldet, die ab dem Tag der wieder vorliegenden Erwerbsfähigkeit und dem Tag des SGB II-Antrags der bzw. des Leistungsberechtigten erbracht wurden.

_____
Stempel / Unterschrift des/der zuständigen Bediensteten des Trägers der Sozialhilfe

Freie und Hansestadt Hamburg
Ersuchende Dienststelle:

An Jobcenter team.arbeit.hamburg
Standort _____

bezifferter Erstattungsanspruch
(§ 103 SGB X)

Unser Zeichen	Tel.-Nr.	Fax-Nr.	Datum:

Name	Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht ☐männlich ☐weiblich	Staatsangehörigkeit
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)		
Postleitzahl	Wohnort	

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Schreiben vom hatten wir dem Grunde nach eine Erstattung gemäß § 103 SGB X angemeldet. Der Rentenversicherungsträger hat jetzt festgestellt, dass der bzw. die oben genannte Leistungsberechtigte seit dem erwerbsfähig gemäß § 8 SGB II ist. SGB II-Leistungen wurden bei Jobcenter t.a.h am beantragt, die SGB XII-Leistungen wurden zum eingestellt. Hiermit beziffern wir den Erstattungsbetrag gemäß §§ 103, 108 SGB X und teilen Ihnen unsere Bankverbindung sowie das zu verwendende Kassenzeichen mit.

Folgende Leistungen nach dem SGB XII wurden zur Sicherung des Lebensunterhaltes gewährt:

Regelleistung:

vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro

Kosten der Unterkunft:

vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro

Mehrbedarfe:

vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro

KV/PV-Beiträge:

vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro
vom	bis	in Höhe von monatlich	Euro	= Gesamt:	Euro

Einmalige Bedarfe:

Anzahl = Gesamt: Euro

Bildungs- und Teilhabeleistungen

Klassenreisen:

Anzahl = Gesamt: Euro

Soziokulturelle Teilhabe:

vom bis in Höhe von monatlich Euro = Gesamt: Euro

Eintägige Schul- und Kitaausflüge und mehrtägige Kitareisen:

Anzahl = Gesamt: Euro

Schulmittelbasispakete:

Anzahl = Gesamt: Euro

Zinsen in Höhe von 4%

Auf die oben genannten monatlichen Beträge seit Eingang der Erstattungsanmeldung bei Jobcenter t.a.h. werden jeweils Zinsen in Höhe von 4% gefordert, mithin für

Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro
Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro
Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro

Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro
Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro
Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro
Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro
Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro
Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro
Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro
Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro
Monat	auf den Betrag von	Euro =	Euro

Daraus ergibt sich ein Gesamterstattungsbetrag in Höhe von Euro.

Den Erstattungsbeitrag leisten Sie bitte an:

Empfänger:	Kasse Hamburg
Bankinstitut:	Bundesbank
BLZ:	200 000 00
Konto:	20001568
IBAN	DE44200000000020001568
BIC	MARKDEF1200

Kassenzeichen:

Stempel / Unterschrift des/der zuständigen Bediensteten des Trägers der Sozialhilfe

Freie und Hansestadt Hamburg
Dienststelle

An Jobcenter team.arbeit.hamburg
Standort _____

Feststellung der Erwerbsfähigkeit; Widerspruch gemäß § 44a Abs. 1 SGB II

Unser Zeichen	Tel.-Nr.	Fax-Nr.	Datum:

Aufgrund der Begutachtung des ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit haben Sie gemäß § 44a Abs. 1 Satz 1 SGB II festgestellt, dass Herr/Frau

Name	Vorname	
Geburtsname		
Geburtsdatum	Geschlecht ☐männlich ☐weiblich	Staatsangehörigkeit
Geburtsort		
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)		
Postleitzahl	Wohnort	

nicht gemäß § 8 SGB II erwerbsfähig ist. Gegen diese Feststellung wird gemäß § 44a Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB II mit folgender Begründung

Widerspruch

erhoben:

Die in der Entscheidung zur Erwerbsfähigkeit bzw. zur vollen Erwerbsminderung angeführten Gründe sind nach Auffassung des Sozialhilfeträgers nicht überzeugend (*Nichtzutreffendes ist zu streichen, ggf. sind andere Gründe zu nennen*):

☐ Die genannten tatsächlichen (medizinischen) Feststellungen sind nicht in sich schlüssig und widerspruchsfrei dargestellt worden.

☐ Die aus den genannten tatsächlichen Feststellungen getroffenen Schlussfolgerungen sind nicht überzeugend und widerspruchsfrei begründet worden.

☐ Die der Entscheidung zur Erwerbsfähigkeit bzw. zur vollen Erwerbsminderung zugrunde liegenden Unterlagen sind nach Kenntnis des Sozialhilfeträgers nicht vollständig oder veraltet bzw. nicht auf dem aktuellen Stand.

Es wird deshalb um Überprüfung der Entscheidung nach Einholung eines Gutachtens des zuständigen Rentenversicherungsträgers gemäß § 44a Abs. 1 Sätze 4 und 5 SGB II gebeten.

_____
Stempel / Unterschrift des/der zuständigen Bediensteten des Trägers der Sozialhilfe