



Märkischer Kreis
Der Geschäftsführer

ARGE MK - Dienststelle Iserlohn. Postfach 1152, 58581 Iserlohn

355A234913

Herrn
XXX XXX
XXX XXX XXX
586XX Iserlohn

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht:
Mein Zeichen: 427.k-Kundennummer: 355A23
(Bei jeder Antwort bitte angeben)
BG-Nummer: 35502BG000

Name: Herr G
Durchwahl: 02371 905 765
Telefax: 0180 1 00256950 910 849 *
E-Mail: ARGE-MK.Team-427@arge-sgb2.de
Datum: 28. Dezember 2009

* Festnetzpreis 3.9 ct/min, Mobilfunkpreise abweichend.

Betreff: Neue gültige Eingliederungsvereinbarung
Hier: Klärung Ihrer gesundheitlichen Situation bzw. Ihrer Erwerbsfähigkeit

Sehr geehrter Herr XXX,

da Sie am 28.12.2009 wiederholt meiner Einladung nicht gefolgt sind, erhalten Sie anbei die aktuell gültige Eingliederungsvereinbarung im Verwaltungsakt. Ausserdem erhalten Sie anbei den Gesundheitsfragebogen.

Da Sie einerseits mündlich gesundheitliche Einschränkungen benannt, diese bis heute jedoch nicht dokumentiert wurden, ist die Erstellung eines ärztlichen Gutachten notwendig.

Bitte beachten Sie den Inhalt der anliegenden Eingliederungsvereinbarung.

Bei weiteren Fragen bin ich auch telefonisch für Sie erreichbar.

Mit freundlichen Grüßen
i.A.

G

Dienstgebäude
Friedrichstr. 59-61
58636 Iserlohn

Telefon
02371 905 750
Telefax
0180 1 00256950 799'

Bankverbindung
Forderungseinzug
Bundesbank
BLZ 43000000
Kto. Nr. 43001601
BIC. MARKDEF1430
IBAN:
DE4743000000043001601

Öffnungszeiten
Mo - Mi 7.30 - 12.30 Uhr
Do 7.30 - 18.00 Uhr
Fr 7.30 - 12.30 Uhr

Internet
www.arge-mk.de

ARGE MK

Friedrichstr 59-61
58634 Iserlohn

Kundennummer: 355A234913
BG-Nummer: 35502BG000

Herr
XXX XXX

XXX XXX XX
586XX Iserlohn

Name: Herr G
Telefon: (02371) 905765
Erstellt am: 28.12.2009

Eingliederungsvereinbarung nach § 15 Abs.1 Satz 6 Zweites Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) Ersatz der Eingliederungsvereinbarung per Verwaltungsakt

Sehr geehrter Herr XXX,

eine Eingliederungsvereinbarung zwischen Ihnen und dem oben bezeichneten Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende über die zu Ihrer beruflichen Eingliederung erforderlichen Leistungen ist nicht zustande gekommen. Um Ihre beruflichen Integrationschancen möglichst kurzfristig zu verbessern, werden die nachfolgenden Inhalte nach § 15 Abs.1 Zweites Sozialgesetzbuch (SGBII) als Verwaltungsakt erlassen.

Die nachstehenden Festlegungen gelten für die Zeit vom 05.08.2009 bis 31.12.2010 soweit zwischenzeitlich nichts anderes vereinbart wird.

Ziel(e)

Klärung Ihrer gesundheitlichen Situation
bzw.
Ihrer Erwerbsfähigkeit

1. Ihr Träger für Grundsicherung ARGE MK unterstützt Sie mit folgenden Leistungen zur Eingliederung

Er stellt her den Kontakt zum ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit in Iserlohn

2. Bemühungen von Herr XXX XXX zur Eingliederung in Arbeit

1. - Füllen Sie den Gesundheitsfragebogen vollständig aus und unterzeichnen diesen.
2. - Leisten Sie Ihre Unterschrift bei den einzelnen Schweigepflichtsentbindungen.
3. - Geben Sie den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Gesundheitsfragebogen zurück an die ARGE bis spätestens 15.01.2010.
4. - Anschließend werden Sie eine Einladung des ärztlichen Dienstes der Agentur für Arbeit in Iserlohn erhalten.
Vereinbart wird, dass Sie zum Begutachtungstermin pünktlich erscheinen.
5. - Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sind innerhalb von 3 Werktagen dem Träger nachzuweisen.

Halten Sie sich innerhalb des zeit- und ortsnahen Bereiches auf, muss sichergestellt sein, dass Sie persönlich an jedem Werktag an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt unter der von Ihnen benannten Anschrift (Wohnung) durch Briefpost erreichbar sind.
Sie sind verpflichtet, Änderungen (z.B. Krankheit, Arbeitsaufnahme, Umzug) unverzüglich mitzuteilen und bei einer Ortsabwesenheit vorab die Zustimmung des persönlichen Ansprechpartners einzuholen. Bei einer unangemeldeten oder unerlaubten Ortsabwesenheit entfällt der Anspruch auf Arbeitslosengeld II, auch bei nachträglichem Bekanntwerden. Wird ein genehmigter auswärtiger Aufenthalt unerlaubt verlängert, besteht ab dem ersten Tag der unerlaubten Ortsabwesenheit kein Anspruch auf Leistungen mehr. Nähere Informationen finden Sie in Kapitel 14.3 des Merkblatts „Arbeitslosengeld II / Sozialgeld“.

Rechtsfolgenbelehrung:

§ 31 Zweites Buch Sozialgesetzbuch sieht bei Verstößen gegen die in der Eingliederungsvereinbarung festgelegten Pflichten Leistungskürzungen vor. Das Arbeitslosengeld II kann danach - auch mehrfach nacheinander - gekürzt werden oder vollständig entfallen.

Wenn Sie erstmals gegen die mit Ihnen vereinbarten Eingliederungsbemühungen verstoßen (siehe Nr. 2. Bemühungen), wird das Ihnen zustehende Arbeitslosengeld II um einen Betrag in Höhe von 30% der für Sie maßgebenden Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 20 SGB II abgesenkt. Auch ein eventuell bezogener Zuschlag (Zuschlag nach Bezug von Arbeitslosengeld) entfällt für den Zeitraum der Absenkung.

Vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass bei einem wiederholten Verstoß gegen die mit Ihnen vereinbarten Bemühungen das Ihnen zustehende Arbeitslosengeld II um einen Betrag in Höhe von 60% der für Sie maßgebenden Regelleistung abgesenkt wird. Bei weiteren wiederholten Pflichtverstößen entfällt Ihr Arbeitslosengeld II vollständig.

Absenkung und Wegfall dauern drei Monate (Sanktionszeitraum) und beginnen mit dem Kalendermonat nach Zugang des entsprechenden Bescheides. Während dieser Zeit besteht kein Anspruch auf ergänzende Hilfen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (Sozialhilfe).

Leistungskürzungen treten nicht ein, wenn Sie einen wichtigen Grund für den Pflichtverstoß nachweisen können. Irrtümer bei der Beurteilung des wichtigen Grundes gehen zu Ihren Lasten.

Wichtige Hinweise:

Sanktionszeiträume aufgrund der Verletzung von Meldepflichten und Verstößen gegen vereinbarte Eingliederungsbemühungen können sich überschneiden. In den Überschneidungsmonaten werden die Minderungsbeträge addiert.

Führen die Leistungskürzungen dazu, dass gar kein Arbeitslosengeld II mehr gezahlt wird, werden auch keine Beträge zur Kranken- und Pflegeversicherung abgeführt.

Bei einer Minderung des Arbeitslosengeldes II um mehr als 30% der maßgebenden Regelleistung können ggf. ergänzende Sachleistungen oder geldwerte Leistungen erbracht werden. Diese werden in der Regel erbracht, wenn minderjährige Kinder in der Bedarfsgemeinschaft leben.

Den vereinbarten Eingliederungsbemühungen müssen Sie auch während eines Sanktionszeitraumes nachkommen, auch wenn Ihr Arbeitslosengeld II wegen eines Pflichtverstoßes vollständig weggefallen ist.

Auch die Verpflichtung, sich beim zuständigen Träger der Grundsicherung persönlich zu melden oder auf Aufforderung zu einer ärztlichen oder psychologischen Untersuchung zu erscheinen, bleibt während des Sanktionszeitraumes bestehen.

Gesundheitsfragebogen für Erwachsene zur Vorbereitung einer Begutachtung durch das Zentrum für Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit e. V. in Iserlohn

(Aushändigung durch Vermittler/Berater)

Sehr geehrter Herr XXX,

um Sie besser beraten und schneller vermitteln zu können oder um Ihren Leistungsanspruch zu klären, benötigt die Agentur für Arbeit bzw. die Arbeitsgemeinschaft eine sozialmedizinische Beurteilung Ihrer Leistungsfähigkeit. Sie hat damit das Zentrum für Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit e.V. in Iserlohn beauftragt.

Wir bitten Sie, den Fragebogen „Gesundheit“ komplett auszufüllen und die dazugehörigen Erklärungen über die Entbindung Ihrer behandelnden Ärzte und Kliniken von der ärztlichen Schweigepflicht zu unterschreiben. Wir weisen darauf hin, dass alle Angaben **freiwillig** sind. Sie dienen einer Beschleunigung des Begutachtungsverfahrens und tragen dazu bei, Ihnen unnötige und belastende Doppeluntersuchungen zu ersparen.

Information zum Widerspruchsrecht (gemäß § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i. V. m. § 76 SGB X)

Ihre persönlichen Daten werden im erforderlichen Umfang auch zur Erfüllung anderer Aufgaben der Bundesagentur für Arbeit und der Agenturen für Arbeit nach dem Sozialgesetzbuch genutzt. An Stellen außerhalb der Bundesagentur für Arbeit (z. B. an Krankenkassen, Rentenversicherungsträger oder andere Behörden) werden Ihre Daten nur in dem Umfang weitergeleitet, der durch das Sozialgesetzbuch zugelassen ist.

Ärztliche Gutachten sind von der Übersendung ausgeschlossen, wenn Sie der Übermittlung ausdrücklich widersprochen haben.

Kundendaten:		Veranlassende Stelle:	
Name, Vorname: XXX, XXX		Organisationszeichen: 427.k	
Geburtsdatum: 00.00.0000			
Anschrift: XXX XXX, 586XX Iserlohn		Name der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters: Herr G	
Kunden-Nummer: 355A234XXX			
<p>1. Haben Sie gesundheitliche Probleme mit Auswirkung auf Ihre jetzige Tätigkeit oder auf frühere Tätigkeiten? Falls derzeit eine Erkrankung besteht, schildern Sie bitte kurz Ihre Beschwerden:</p>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2. Befinden Sie sich wegen dieser gesundheitlichen Probleme in ärztlicher Behandlung? Geben Sie bitte Ihre behandelnden Ärzte an oder den Facharzt an, bei dem sich sämtliche Facharztberichte befinden:: Name/Vorname des Arztes: Facharztbezeichnung: Anschrift: a) b) c)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Sind Sie zurzeit krank (arbeitsunfähig) geschrieben? Seit wann:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Wurden Sie nach längerer Arbeitsunfähigkeit aus dem Leistungsbezug der Krankenkasse ausgesteuert bzw. wurde die Krankengeldzahlung beendet?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Haben Sie eine vom Amt für Familie und Soziales (Versorgungsamt) anerkannte Behinderung oder besteht eine Schwerbehinderung? Grad der Behinderung (GdB): Besondere Merkmale:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6. Waren Sie in den letzten 3 Jahren in einem medizinischen Heilverfahren in einer Kur- oder Rehabilitationsklinik? Name der Klinik: Ort: Jahr:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kostenträger (z. B. Krankenkasse, Rentenversicherung):			
7. Haben Sie in den letzten 3 Jahren einen Rentenanspruch oder Reha- Antrag bei Ihrer Rentenversicherung gestellt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antrag gestellt am: Rentenversicherung:			
Rentenversicherungsnummer:			
Ärztliche Untersuchung am wo?			
<input type="checkbox"/> Verfahren läuft noch <input type="checkbox"/> Rente wurde bewilligt <input type="checkbox"/> Rentenanspruch abgelehnt <input type="checkbox"/> Reha- Antrag wurde bewilligt <input type="checkbox"/> Reha- Antrag abgelehnt <input type="checkbox"/> Sozialgerichtsverfahren wegen Rentenabnahme läuft (ggf. Aktenzeichen des Sozialgerichtes:)			
B. Wurden Sie in den letzten 3 Jahren vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), von einer Berufsgenossenschaft bzw. eines Gesundheitsamtes oder vom Ärztlichen Dienst einer Agentur für Arbeit begutachtet?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wann:	Wo:	Versicherungs-/Kundennummer:
MDK:			
Berufsgenossenschaft:			
Gesundheitsamt			
Agentur für Arbeit:			(wenn nicht bereits oben schon eingetragen)

Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters

Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren einen Rentenantrag oder Reha-Antrag bei Ihrer Rentenversicherung gestellt haben, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für den Rentenversicherungsträger

Erklärung

Ich, XXX 00.00.0000

Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in XXX XXX XXX 586 Iserlohn

Straße, Ort

befreie hiermit den/die Gutachter/innen des Rentenversicherungsträgers

Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Gutachten und Befunde, Blaurandbogen, Prüfärztliche Stellungnahmen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Entlassungsberichte oder ähnliche Unterlagen dem Zentrum für Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit e.V. in Iserlohn zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters

Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren an einem

↓

Anforderung des Entlassungsberichtes der Rehabilitationsklinik

Erklärung

Ich, XXX XXX 00.00.0000

Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in XXX XXX XXX 586XX Iserlohn

Straße, Ort

erteile meine Einwilligung zur Übermittlung des Entlassungsberichtes der

Rehabilitationsklinik

__aus dem Jahr _____

durch den Rentenversicherungsträger

Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers

an das Zentrum für Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit e.V. in Iserlohn.

Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters

Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) begutachtet wurden, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)

Erklärung

Ich, XXX XXX 00.00.0000
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in XXX XXX XXX 586XX Iserlohn
Straße, Ort

befreie hiermit den/die Gutachter/innen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

Anschrift des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Gutachten und Befunde, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Entlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen dem Zentrum für Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit e.V. in Iserlohn zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters

Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren von einer Berufsgenossenschaft begutachtet wurden, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für die Berufsgenossenschaft

Erklärung

Ich, XXX XXX 00.00.0000
Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in XXX XXX XXX 5863XX Iserlohn
Straße, Ort

befreie hiermit den/die Gutachter/innen der Berufsgenossenschaft

Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Gutachten und Befunde, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Entlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen dem Zentrum für Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit e.V. in Iserlohn zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters

Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass Sie in den letzten drei Jahren vom Gesundheitsamt begutachtet wurden, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für die Ärztin / den Arzt des Gesundheitsamtes

Erklärung

Ich, XXX XXX 00.00.0000

Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in Danziger Str. 1A, 58636 Iserlohn

Straße, Ort

befreie hiermit die Ärztin / den Arzt des Gesundheitsamtes

Anschrift des Gesundheitsamtes

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Gutachten und Befunde, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Entlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen dem Zentrum für Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit e.V. in Iserlohn zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters

Falls Sie im beiliegenden „Gesundheitsfragebogen“ angegeben haben, dass ein Sozialgerichtsverfahren gegen einen ablehnenden Rentenbescheid läuft, unterschreiben Sie bitte diese Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der Schweigepflicht für das Sozialgericht

Erklärung

Ich, XXX XXX, 00.00.0000

Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in XXX XXX 586XX Iserlohn

Straße, Ort

befreie hiermit das Sozialgericht in

Anschrift des Sozialgerichts

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Gutachten und Befunde, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Entlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen dem Zentrum für Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit e.V. in Iserlohn zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

Datum

Unterschrift der Kundin/des Kunden bzw. des gesetzlichen Vertreters