Print Form | E-mail Form | Reset Form | Prescribing Directive

REQUEST FOR ADDITIONAL LEAVE ENTITLEMENTS PURSUANT TO THE *SOZIALGESETZBUCH IX* (SOCIAL SECURITY CODE IX), PART 2 (SEVERELY HANDICAPPED PERSONS' LAW) / *ANTRAG AUF ZUSATZURLAUB GEMÄSS SOZIALGESETZBUCH (SGB) IX TEIL 2 (SCHWERBEHINDERTENRECHT)* (AE Reg 690-99)

Name (last, first) ***Name*** *(Nachname, Vorname)*	
Date of birth ***Geburtsdatum***	**Payroll number** ***Lohnlistennummer***
Street ***Straße***	
Locality of residence, postal code ***Wohnort, Postleitzahl***	
Position title ***Beschäftigt als***	
Employing unit ***Beschäftigungsdienststelle***	

I herewith give notification that I have applied to the German Pension Administration on _____ for recognition of severely handicapped status under Section 69 of the *SGB IX*, Part 2.

As a severely handicapped person, I request additional leave for the current calendar year in accordance with Section 125, *SGB IX*, Part 2.

Ich gebe zur Kenntnis, daß ich am _____ beim Versorgungsamt einen Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft nach § 69 SGB IX Teil 2 gestellt habe.

Ich stelle als Schwerbehinderter den Antrag auf Gewährung des Zusatzurlaubs für das laufende Urlaubsjahr nach § 125 SGB IX Teil 2.

Location / *Ort*	**Date / *Datum***	**Signature / *Unterschrift***

Distribution
Verteiler

2-Civilian personnel advisory center / *Personalbüro*
1-Employing unit / *Beschäftigungsdienststelle*
1-Severely handicapped employee representatives group / *Schwerbehindertenvertretung*
1-Works council / *Betriebsvertretung*