



Wir haben für Sie geöffnet: montags bis mittwochs 08.00 - 15.30 Uhr donnerstags 08.00 - 18.00 Uhr freitags 08.00 - 12.00 Uhr und nach besonderer Vereinbarung	Eingangsstempel	Bitte für Vermerke freihalten	
		SG	Team

Antrag nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Schwerbehindertenrecht -

1. auf erstmalige Anerkennung einer Behinderung Ich bin erwerbstätig
(mehr als 18 Stunden pro Woche)
2. wegen Verschlimmerung/Geltendmachung weiterer Behinderungen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und vollständig. Vollständige Angaben erleichtern die Sachaufklärung und eine zügige Bearbeitung. Wenn sich Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, EKG-, Labor-, Röntgenbefunde) in Ihren Händen befinden, fügen Sie diese bitte dem Antrag bei.

1	Angaben zur Person: Familienname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Straße und Hausnummer _____ PLZ/derzeitiger Wohnort _____ Namenszusätze _____ Telefon: _____
2	Gegebenenfalls Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters/Betreuers (bitte Kopie der Betreuungsurkunde beifügen) Familienname, Vorname _____ Straße und Hausnummer _____ PLZ/derzeitiger Wohnort _____
3	Gegebenenfalls Name und Anschrift des Bevollmächtigten Familienname, Vorname _____ Straße und Hausnummer _____ PLZ/derzeitiger Wohnort _____
4	Staatsangehörigkeit _____ <p>Von Ausländern und Staatenlosen ist die amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltserlaubnis bzw. -berechtigung oder eine beglaubigte Abschrift bzw. Kopie hiervon vorzulegen.</p> <p>Von Grenzarbeitnehmern ist die Arbeitsbescheinigung des jetzigen Arbeitgebers oder der Ausweis für den kleinen Grenzverkehr vorzulegen.</p>
5	Haben Sie bereits früher einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ am _____ Aktenzeichen _____ (Dienststelle) (Datum) Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ausgestellt von _____ am _____ gültig bis _____ GdB _____ Liegen sonstige Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidungen über Behinderungen und Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) vor (z.B. Berufsgenossenschaft, Kriegsbeschädigung)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von Behörde/Dienststelle _____ Geschäftszeichen _____ für welche Behinderung _____ _____ _____ _____

Daten erfasst / geändert Datum, Namenszeichen _____

6 Erhalten Sie Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?

ja nein Falls nein, haben Sie eine solche Rente beantragt? ja nein

Wenn ein Rentenverfahren durchgeführt worden ist oder wird, geben Sie bitte an:

Anschrift des Rentenversicherungsträgers Versicherungsnummer

_____ _____

Begutachtende Stelle Tag der Begutachtung

_____ _____

7 Erhalten Sie Leistungen der Pflegeversicherung?

ja nein Falls nein, haben Sie Pflegeleistungen beantragt? ja nein

Wenn ein Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durchgeführt worden ist oder wird, geben Sie bitte an:

Anschrift des Leistungsträgers (z.B. Pflegekasse) Geschäftszeichen des Verfahrens

_____ _____

Begutachtende Stelle Tag der Begutachtung

_____ _____

8 Welche Behinderungen machen Sie geltend?

Welche Behinderungen machen Sie geltend?	Wann ist die Behinderung aufgetreten?	Ursachen (z.B. angeborenes Leiden, Arbeits-, Verkehrs-, häuslicher Unfall, Berufskrankheit, Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigung, Impfschaden)
a) _____		

b) _____		

c) _____		

d) _____		

e) _____		

f) _____		

g) _____		

Sind vorstehend **alle** Behinderungen aufgeführt, die Sie in diesem Verfahren berücksichtigen möchten?

ja nein

Sollen bei der Feststellung auch solche von Ihnen oben nicht angegebenen Behinderungen berücksichtigt werden, die erst im Laufe dieses Verfahrens (z.B. durch angeforderte Arztberichte) dem Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz bekannt werden?

ja nein

9 Krankenhausbehandlungen wegen der geltend gemachten Behinderungen in den letzten zwei Jahren

von - bis	Name, Anschrift des Krankenhauses	Abteilung/ Station	wegen welcher Behinderung
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Wenn der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt!

Weitere Krankenhausbehandlungen wegen der geltend gemachten Behinderungen in den letzten zwei Jahren

von - bis	Name, Anschrift des Krankenhauses	Abteilung/ Station	wegen welcher Behinderung

Kurbehandlungen wegen der geltend gemachten Behinderungen in den letzten zwei Jahren

von - bis	Name, Anschrift der Kuranstalt und des Kostenträgers	wegen welcher Behinderung

Sonstige ärztliche Behandlungen wegen der geltend gemachten Behinderungen in den letzten zwei Jahren

von - bis	Name, Anschrift des behandelnden Arztes, Fachgebiet	wegen welcher Behinderung
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		
g)		

10) Welcher der behandelnden Ärzte ist Ihr **Hausarzt**? (Bitte vollständige Adresse angeben!)

Der Hausarzt hat sämtliche Facharztberichte nur die Facharztberichte
zu vorstehenden Buchstaben _____

11) Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen in den letzten zwei Jahren

von - bis	Name und Anschrift der Krankenkasse oder Krankenversicherung

12) Der beantragte Ausweis soll die Voraussetzungen nachweisen für die Zeit

ab Antragstellung ab _____ aus welchem Grund _____

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag nach dem SGB IX - Schwerbehindertenrecht - gestellt habe.

Änderungen der Behinderungen (im Sinne einer Besserung), des Arbeitsverhältnisses (nur bei Grenzarbeitnehmern) und des Wohnsitzes (jede Anschriftenänderung) werde ich unverzüglich mitteilen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz bei den im Antrag angegebenen Ärzten, Krankenhäusern, Behörden, Sozialversicherungsträgern (z.B. Rentenversicherungsträger, Kranken-/Pflegekasse, Berufsgenossenschaft) und privaten Kranken-/Pflegeversicherungsunternehmen Auskünfte einholt und die dort geführten Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen gefertigt worden sind) beizieht, sofern dies für die Feststellung im Schwerbehindertenrecht erforderlich ist.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte von deren Schweigepflicht.

Ort

Datum

Unterschrift (Antragsteller/in, ggf. gesetzl. Vertreter/in oder Betreuer/in)

Hinweise

Die im Antragsformular verlangten Angaben sind erforderlich, damit das Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung nach dem SGB IX - Schwerbehindertenrecht - feststellen kann.

Sie sind gem. § 60 Sozialgesetzbuch I (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet. Sie haben die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben mitzuteilen und Ihre Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zu geben. Die Feststellung der Behinderung kann nach § 66 SGB I versagt werden, wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen. Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegt. So können z.B. Angaben verweigert werden, die Sie der Gefahr aussetzen würden, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Daten mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden, soweit dies zur Durchführung der Aufgaben nach dem SGB IX - Schwerbehindertenrecht - erforderlich ist.

Wir weisen außerdem darauf hin, dass die Daten, die das Landesamt im Anerkennungsverfahren nach dem SGB IX - Schwerbehindertenrecht - erhebt, auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Rentenversicherungsträger) für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen sowie an externe Gutachter/-innen, es sei denn Sie widersprechen der Übermittlung (§§ 69 Abs. 1 Nr. 1, 76 Abs. 2

Anlagen

1. Ein Passbild neueren Datums, nicht älter als zwei Jahre (mit Namensangabe auf der Rückseite)
- 2.
- 3.