

Eingangsstempel
-----------------

## Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht - Neuntes Buch Sozialgesetzbuch- (SGB IX) -

<b>Erwerbstätig</b>
<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein

- auf Feststellung einer Behinderung und des Grades der Behinderung (GdB) nach § 69 SGB IX
- und auf Ausstellung eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX

Haben Sie bereits früher einen Antrag nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX); vormals: Schwerbehindertengesetz (SchwbG); gestellt?

- nein,                       ja, beim Versorgungsamt:

Geschäftszeichen:

<p><b>Hinweise:</b> Die Angaben zu den Punkten 1, 3 bis 6 in diesem Antrag werden für die Entscheidung über die Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung und der Voraussetzungen von Nachteilsausgleichen gem. § 69 SGB IX benötigt. Nach § 21 Abs. 2 Satz 1 des X. Buches Sozialgesetzbuch sollen Sie bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken. Die Verweigerung der Auskunft kann zur Ablehnung Ihres Antrags führen. Die Angaben zu den Punkten 2 und 7 dienen der Vereinfachung und Beschleunigung der Beweiserhebung. Bitte beachten Sie das beiliegende Merkblatt!                      x Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Felder an. Füllen Sie bitte den Antrag sorgfältig und gut leserlich aus und unterschreiben Sie auf der letzten Seite.</p>
---

<b>1. Angaben zur Person</b>		
Name	Vorname	
geboren am	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Straße, Hausnummer		tagsüber erreichbar Telefon:
PLZ	Wohnort	Telefax:

<p><b>Staatsangehörigkeit:</b></p> <p>Wenn Sie Ausländer/in oder Staatenlose/r sind, fügen Sie bitte eine Kopie des Aufenthaltstitels bei und legen Sie Ihren Pass vor.</p>
---

- Gesetzliche/r Vertreter/in
- Vormund oder Betreuer/in (bitte Kopie der Bestallungsurkunde bzw. des Betreuerausweises beifügen)
- Bevollmächtigte/r (bitte Vollmacht beifügen)

Name	Vorname	
Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort

<b>2. Bei welcher Krankenkasse sind Sie derzeit versichert?</b>
Name der Krankenkasse:

<b>3. Angaben zu den Behinderungen</b>
Führen Sie bitte nachstehend alle körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen auf, die als Behinderungen festgestellt werden sollen. Führen Sie bitte nur die Gesundheitsstörungen auf, die zu einer <u>dauerhaften Beeinträchtigung Ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft</u> führen. Akute Erkrankungen wie z.B. Erkältungs- oder Magen-Darminfekte, Kopfschmerzen stellen noch keine Behinderungen dar und sind deshalb nicht anzugeben.
1.
2.
3.
4.
5.
6.

<b>4. Haben Sie bereits einen Antrag gestellt oder eine Feststellung über den Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) erhalten?</b>
1. von einer Berufsgenossenschaft wegen eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. von einem Versorgungsamt (z.B. wegen einer Schädigung als Soldat/in oder Gewaltopfer) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. oder von einer anderen Dienststelle (z. B. als Beamter/in wegen eines Dienstunfalls) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn Sie eine dieser Fragen mit ja beantwortet haben, legen Sie bitte den entsprechenden Bescheid bei oder teilen Sie mit, von welcher Dienststelle/Berufsgenossenschaft: und unter welchem Geschäftszeichen: diese Entscheidung getroffen wurde, bzw. der Antrag bearbeitet wird. Welche der unter Ziffer 3 aufgeführten Gesundheitsstörung ist betroffen? Nr.:
Wenn Sie allein aufgrund dieser Entscheidung die Ausstellung eines Ausweises beantragen, brauchen Sie die folgenden Abschnitte des Formulars nicht auszufüllen. Wenn Sie weitere Behinderungen geltend machen, müssen Sie auch die weiteren Abschnitte ausfüllen.

<b>5. Beziehen Sie eine der folgenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?</b>	
1. Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2. Pflegegeld nach dem SGB XII <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Leistungen der Pflegekasse wegen Schwerpflegebedürftigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Geben Sie bitte die Dienststelle und das Geschäftszeichen an: <input type="text"/>	Geschäftszeichen: <input type="text"/>

**Bitte übersenden Sie alle ärztlichen Unterlagen der letzten 2 Jahre, die sich in Ihren Händen befinden und die die als Behinderungen geltend gemachten Gesundheitsstörungen betreffen.  
Sie tragen damit zu einer Verkürzung der Bearbeitungszeit bei.**

6. Angaben zu ärztlichen Behandlungen während der letzten 2 Jahre			
	Name/Bezeichnung und Adresse	Wegen welcher der in Ziffer 3 genannten Gesundheitsstörung wurden Sie behandelt?	Zusatzangaben
Hausärztin/ Hausarzt	Straße:  Ort:	Nr.	Von welchen Fachärzten/innen, Krankenhäusern und Kurkliniken hat der/die Hausarzt/ärztin Unterlagen?
Fachärztin/ Facharzt	Straße:  Ort:	Nr.	Fachgebiet:  zuletzt behandelt Monat/Jahr
	Straße:  Ort:	Nr.	Fachgebiet:  zuletzt behandelt Monat/Jahr
	Straße:  Ort:	Nr.	Fachgebiet:  zuletzt behandelt Monat/Jahr
Krankenhäuser, Kliniken, Reha-Kliniken	Straße:  Ort:	Nr.	Station/Abteilung  Zeitraum:  <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
	Straße:  Ort:	Nr.	Station/Abteilung  Zeitraum:  <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
Kurklinik	Straße:  Ort:	Nr.	Kostenträger:  Zeitraum:  Gz.:

<b>7.</b>	<b>Bei welchen anderen Stellen befinden sich noch ärztliche Unterlagen, Gutachten, Untersuchungsbefunde, die Auskunft über die unter Ziffer 3 geltend gemachten Behinderungen geben können (z. B. Landesversicherungsanstalt, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Agentur für Arbeit usw.)</b>	
	<b>Dienststelle und Geschäftszeichen</b>	<b>Anschrift</b>
		<b>Jahr der Untersuchung</b>
	Geschäftszeichen:	
	Geschäftszeichen:	
	Geschäftszeichen:	

**Einwilligungserklärung gem. §§ 67, 100 X. Buch Sozialgesetzbuch**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag genannten Ärzten, Krankenhäusern, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen, psychiatrischen, psychoanalytischen und psychotherapeutischen Unterlagen, insbesondere Entlassungs- und Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden Behinderungen geben können. Unterlagen, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben, sind eingeschlossen. Die Einverständniserklärung bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen. Ich entbinde die beteiligten Ärzte und Ärztinnen insoweit von der Schweigepflicht. Falls ich diese Einwilligungserklärung einschränken will, werde ich eine gesonderte Erklärung abgeben.

**Übermittlung von Sozialdaten an andere Leistungsträger**

Die im Rahmen der Feststellungsverfahren nach dem SGB IX von Ärzten/innen zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen über Sie können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger weitergegeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Damit soll das Verwaltungsverfahren bei den unterschiedlichen Sozialleistungsträgern vereinfacht werden. Sofern Sie mit einer solchen Übermittlung nicht einverstanden sind, können Sie der Übermittlung vorab widersprechen.

Ich widerspreche der Übermittlung entsprechender Daten an andere Sozialleistungsträger.

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung einer Behinderung nach dem SGB IX; vormals: Schwerbehindertengesetz (SchwbG); gestellt habe. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere eine wesentliche Änderung der als Behinderungen geltend gemachten Gesundheitsstörungen und einen Wohnsitzwechsel werde ich unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in bzw. gesetzlicher Vertreter/in
------------	--

Anlagen: