



Antrag auf Feststellung von Behinderungen

nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) und auf Ausstellung eines Ausweises



SACHSEN-ANHALT

Landesverwaltungsamt
- Referat Schwerbehindertenrecht -

Eingangsstempel

Aktenzeichen

Amt	BAT	BU - lfd. Nr.	PZ

Die nachstehend erbetenen personenbezogenen Daten werden benötigt, um über Ihren Antrag nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) entscheiden zu können. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und vollständig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift - das beschleunigt die Erledigung. Für behinderte Menschen ab vollendetem 10. Lebensjahr ist der Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch mit einem Passbild versehen. Wenn Sie erwarten, dass ein Behinderungsgrad von mindestens 50 festgestellt wird, fügen Sie Ihrem Antrag ein Passbild (34 x 46 mm) bei. Auf der Rückseite des Passbildes vermerken Sie bitte Ihren Namen und Geburtsdatum.

Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert. Sie werden darauf hingewiesen (§ 9 des Bundesdatenschutzgesetzes), dass diese Angaben für die rechtmäßige Erfüllung der Aufgaben nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) erforderlich sind. Nach § 60 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches sind Sie verpflichtet, diese Angaben zu machen.

Beiliegendes Merkblatt zur Ausfüllung des Antragsvordruckes bitte beachten!

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

1. Angaben zur Person

1.1	Name	
1.2	Namenszusatz	
1.3	Vorname	
1.4	Geburtsdatum	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich
1.5	Straße / Hausnummer	
1.6	PLZ / Wohnort	
1.7	Telefon-Nr. tagsüber zu erreichen unter Vorwahl Rufnummer	
1.8	Staatsangehörigkeit	
1.9	Weitere Wohnsitze (auch Auslandswohnsitze)	

1.10	Bevollmächtigter
	<input type="checkbox"/> Bitte Vollmacht beifügen
1.11	Gesetzlicher Vertreter
	Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Vormund oder Pfleger bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder bestellten Pflegers angeben und ggf. beglaubigte Kopie der Bestallungsurkunde vorlegen.
	Name, Vorname

	Straße / Hausnummer

	PLZ / Wohnort

1.12	Aufenthaltsbescheinigung
	Ausländer bitte amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltserlaubnis bzw. -berechtigung oder beglaubigte Abschrift/ Ablichtung der Erlaubnis beifügen oder nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde vollziehen lassen.
	Grenzarbeiter bitte Arbeitsbescheinigung Ihres jetzigen Arbeitgebers und Nachweis über Ihren Wohnsitz im Ausland beifügen.
	Der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf. Aufenthaltserlaubnis/ Niederlassungserlaubnis
	erteilt am _____ gültig bis _____
	nicht erforderlich gem. _____
	Ausländerbehörde

	(Datum, Stempel, Unterschrift)

2. Angaben über die Behinderung

Soll eine bzw. mehrere bestimmte Behinderungen nicht im Bescheid festgestellt/ berücksichtigt werden? Ggf. welche?		
2.1	Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen sollen festgestellt werden?	Ursachenschlüsselzahl
	a)	<input type="checkbox"/>
	b)	<input type="checkbox"/>
	c) _____	<input type="checkbox"/>
	d)	<input type="checkbox"/>
	e)	<input type="checkbox"/>
	f)	<input type="checkbox"/>
		Bitte zu jeder Behinderung die jeweils zutreffende Schlüsselzahl eintragen
		1 = angeborene Behinderung
		2 = Arbeitsunfall (einschl. Wege- und Betriebswegeunfall), Berufskrankheit
		4 = Verkehrsunfall soweit nicht Arbeitsunfall (2)
		5 = häuslicher Unfall soweit nicht Arbeitsunfall (2)
		6 = sonstiger Unfall
		7 = Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung
		9 = sonstige Krankheit (einschl. Impfschaden, ohne Berufskrankheit)
		10 = sonstige Ursachen

Achtung: Bei Eintragung des Ursachenschlüssels 2 oder 7 bitte auch Punkt 2.5 ausfüllen

2.2	Infolge meiner Gesundheitsstörungen bin ich
	<input type="checkbox"/> G erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr
	<input type="checkbox"/> aG außergewöhnlich gehbehindert → <input type="checkbox"/> auf ständige Benutzung eines Rollstuhls angewiesen
	<input type="checkbox"/> H hilflos
	<input type="checkbox"/> RF ständig gehindert, an öffentlichen Veranstaltungen jeder Art teilzunehmen
	<input type="checkbox"/> B auf ständige Begleitung bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln angewiesen
	<input type="checkbox"/> Bl blind → <input type="checkbox"/> hochgradig sehbehindert
	<input type="checkbox"/> 1. Kl. bei Reisen mit der Deutschen Bahn AG oder ihren Tochtergesellschaften durch Schädigungsfolgen im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes/ Bundesentschädigungsgesetzes auf die Unterbringung in der 1. Wagenklasse angewiesen.
	<input type="checkbox"/> Gl gehörlos → <input type="checkbox"/> gehindert, mich trotz Hörhilfe ausreichend zu verständigen

Bitte beachten Sie hierzu den Pkt. 2. im beigelegten Merkblatt

2.3	Üben Sie eine Erwerbstätigkeit aus?	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Führen Sie ein Kraftfahrzeug?	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

2.4	Haben Sie bereits einmal bei einem Amt für Versorgung und Soziales einen Antrag nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) gestellt?	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wenn ja , Anschrift des Amtes und Geschäftszeichen		

2.5	Wurde von einer anderen Verwaltungsbehörde bereits eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und des Grades der MdE bzw. der Behinderung getroffen oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (z.B. Berufsgenossenschaft, Kriegsbeschädigung)		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Feststellungsbescheide oder -unterlagen beifügen.)	
	Für folgende Behinderungen	Höhe der festgestellten MdE	Verwaltungsbehörde
			Aktenzeichen

2.6	Falls Sie blind oder fast erblindet sind: Haben Sie bereits einen Antrag nach dem Landesblindengeldgesetz gestellt?	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wenn nein , wünschen Sie, dass wir Ihnen ein entsprechendes Antragsformular zusenden?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

2.7	Sind Sie Empfänger von Pflegegeld?	
	<input type="checkbox"/> nein	Geben Sie bitte die Anschrift der zahlenden Behörde an
	<input type="checkbox"/> ja	Sozialamt Krankenkasse

3. Angaben über ärztliche Behandlungen (Von der Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben hängt auch die Bearbeitungsdauer ab)

3.1	Name und Anschrift Ihres Hausarztes	im letzten Halbjahr aufgesucht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Wichtiger Hinweis:
Befinden sich alle medizinischen Unterlagen bei Ihrem Hausarzt, brauchen Sie zu Ziffer 3.2 keine weiteren Angaben machen.

3.2	Von welchen Ärzten sollen wegen der geltend gemachten Gesundheitsstörungen außerdem noch aktuelle medizinische Unterlagen eingeholt werden?		
	von - bis	Name und Anschrift des behandelnden Arztes	wegen welcher Gesundheitsstörungen

3.3	Krankenhausbehandlung wegen der geltend gemachten Gesundheitsstörungen in den letzten 5 Jahren		
	von - bis genaues Datum d. Aufnahme- und Entlassungstages	Name und Anschrift des Krankenhauses, der Abteilung/ Station oder des Chef-/ Stationsarztes	wegen welcher Gesundheitsstörungen Bitte angeben: A = Ambulant, S = Stationär

3.4	Kurbehandlungen wegen der geltend gemachten Gesundheitsstörungen in den letzten 5 Jahren		
	von - bis	Name und Anschrift der Kuranstalt und des Kostenträgers (z.B. Rentenversicherungsträger oder Krankenkasse einschl. Versicherungsnummer	wegen welcher Gesundheitsstörungen

3.5	Bei welchen bisher nicht angegebenen Stellen befinden sich weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.?	
	Stelle/ Anschrift	über welche Gesundheitsstörungen

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung der Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) bzw. des Grades der Behinderung (GdB) oder Ausstellung eines Ausweises über die Schwerbehinderteneigenschaft gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Änderungen des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesverwaltungsamt

- die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und
- die medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundberichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder) von Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen in dem Umfange bezieht, wie diese Aufschluss über die von mir geltend gemachten Behinderungen geben können.

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinem Antrag nicht eingeschränkt habe, auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/ Behandlungen.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich genehmige die Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche Aufgaben, z.B. einem anderen Gutachter oder an andere Sozialleistungsträger (Krankenkasse, Arbeitsamt, Berufsgenossenschaft) auch für deren gesetzliche Aufgaben offenbart werden dürfen, soweit sie für die genannten Zwecke erforderlich sind (§ 69 Abs.1 Nr.1 SGB X i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X). Weiterhin erkläre ich mich einverstanden, dass ich dem widersprechen kann und dass ich einen Widerspruch in diesem Verfahren zur Versagung oder Entziehung der hier beantragten Feststellungen/ Leistungen und Ausweisausstellung führen kann, nachdem ich auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte angemessene Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

Raum für etwaige Einschränkungen des Einverständnisses:	
Beigefügt sind:	
<input type="checkbox"/> Passbild	<input type="checkbox"/>
Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters	

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesverwaltungsamt die für die Feststellung nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) erforderlichen Auskünfte einholt und die medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundberichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder) von Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen in dem Umfange bezieht, wie diese Aufschluss über die von mir geltend gemachten Behinderungen geben können.

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht eingeschränkt habe, auch auf die Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/ Behandlungen.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit dem Antrag nach dem SGB IX eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich genehmige die Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von Ihrer Schweigepflicht.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche Aufgaben, z.B. einem anderen Gutachter oder an andere Sozialleistungsträger auch für deren gesetzliche Aufgaben offenbart werden dürfen, soweit sie für die genannten Zwecke erforderlich sind (§ 69 Abs.1 SGB X i.V.m. § 76 Abs.2 SGB X).

Raum für etwaige Einschränkungen des Einverständnisses: