

An das
Landratsamt

Eingangsstempel

**Erstantrag nach
§ 152 Sozialgesetzbuch
- Neuntes Buch - (SGB IX)**

Az.: _____

Schwerbehindertenrecht

I. Angaben zur Person

- Bitte in Blockschrift ausfüllen -

1	Name / surname / nom / nome / nombre / aile ismi _____ Vorname / name / prénom / nombre de batesimo / nombre de pila / isim _____				
2	Geburtsdatum	Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>	ggf. Geburtsname	erwerbstätig: ja <input type="checkbox"/>
3	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt: Straße, Hausnummer: _____ Postleitzahl, Ort: _____ Tel. tagsüber zu erreichen unter: _____				

Sie können selbst zur Verfahrensbeschleunigung beitragen, wenn Sie vorhandene aktuelle Arztbriefe und Untersuchungsunterlagen wie z.B. Facharztbriefe und Krankenhausberichte beifügen.

4	Bei Minderjährigen unter 15 Jahren und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Name, Vorname und Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers angeben und Bestallungsurkunde/Betreuerausweis (in Kopie) beifügen. _____ Tel.-Nr. _____
---	---

5	Staatsangehörigkeit: _____	Von der Ausländerbehörde auszufüllen
6	ausländische Antragsteller: bitte Pass (Kopie) vorlegen Bitte eine amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltserlaubnis/Niederlassungserlaubnis/Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG/ Aufenthaltsgestattung/Duldung oder beglaubigte Kopie beifügen oder die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen lassen. Für Unionsbürger reicht die Vorlage des Passes oder Personalausweises (Kopie) aus.	Der/die Antragsteller/in hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf. Ihm/ Ihr wurde am _____ eine <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis gültig bis _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung gültig bis _____ <input type="checkbox"/> erteilt. Sein/ihr Aufenthalt wurde letztmalig am _____ gültig bis _____ geduldet. Die <u>korrekte</u> Schreibweise des Namens wird ausdrücklich bestätigt. Im Auftrag _____ (Datum, Stempel, Unterschrift)
7	Grenzarbeitnehmer: Bitte fügen Sie eine Bescheinigung Ihres derzeitigen Arbeitgebers mit Angabe der wöchentlichen Arbeitszeit und ggf. eine Arbeitserlaubnis bei.	

II. Angaben über die Gesundheitsstörungen / Erklärungen

1. Welche der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen sollen nach dem Schwerbehindertenrecht berücksichtigt werden?	Ursache: z.B. angeborene Gesundheitsstörungen, Arbeits- , Verkehrs-, häuslicher Unfall , Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat, Impfschaden, sonstige Ursachen
①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	
2. Soll Ihr Antrag alle Gesundheitsstörungen , die sich aus den ärztlichen Unterlagen ergeben - auch wenn sie unter II.1 von Ihnen nicht aufgeführt wurden - umfassen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Wir empfehlen Ihnen, Ihren behandelnden Arzt über den Antrag zu unterrichten. Beachten Sie bitte, dass die nicht zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen auch nicht in die Bewertung des Grades der Behinderung einbezogen werden können.	

III. Angaben zu behandelnden Ärzten / Fachärzten / Kliniken

1. Hausarzt		wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (bitte ankreuzen)	
Name:	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥	Datum der letzten Behandlung:	bitte Spalte unbedingt ausfüllen ↓
Straße:			
PLZ/Ort:			
2. Fachärzte / Fachrichtung			
Name/Fachrichtung:	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch den Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Straße:			
PLZ/Ort:			
Name/Fachrichtung:	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥	Datum der letzten Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Straße:			
PLZ/Ort:			
Name/Fachrichtung:	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥	Datum der letzten Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Straße:			
PLZ/Ort:			
Name/Fachrichtung:	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥	Datum der letzten Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Straße:			
PLZ/Ort:			

3. Krankenhausbehandlungen		wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (bitte ankreuzen)
Name: Abteilung, Station: Straße: PLZ/Ort:	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥	Behandlungszeitraum von – bis _____ <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
Name: Abteilung, Station: Straße: PLZ/Ort:	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥	Behandlungszeitraum von – bis _____ <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
4. Reha-Einrichtungen / Kurkliniken		wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (bitte ankreuzen)
Name: Straße: PLZ/Ort: Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥	Behandlungszeitraum von – bis _____ <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
Name: Straße: PLZ/Ort: Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥	Behandlungszeitraum von – bis _____ <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant

IV. Angaben zu früheren Feststellungen

Wurde bereits eine Entscheidung getroffen 1. von einem Versorgungsamt / Landratsamt oder einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Wehrbereichsgebühmisamt) oder einem Gericht über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) bzw. über das Vorliegen von Schädigungsfolgen und den darauf beruhenden Grad der Schädigungsfolgen (GdS)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen 2. von einer Berufsgenossenschaft über das Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit und der darauf beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (Bitte Feststellungsbescheide oder Unterlagen beifügen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen ggf. Unfalltag: _____ und Arbeitgeber: _____		
Gesundheitsstörungen	Verwaltungsbehörde / Leistungsträger	Geschäftszeichen des Vorgangs
3. Erhalten Sie Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen Beginn der Leistung: _____ letzte Untersuchung: _____ Anschrift und Versicherungsnummer des Sozialversicherungsträgers: _____		

4. Erhalten Sie **Pflegegeld** oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

Ja Nein Entscheidung noch nicht ergangen **Pflegegrad:** _____ **Beginn der Leistung:** _____

letzte Untersuchung: _____

Anschrift und Geschäftszeichen des Leistungsträgers (Krankenkasse/Pflegekasse):

5. Bei behinderten Kindern (**von den Eltern auszufüllen**):

Besucht Ihr Kind eine/n Behinderteneinrichtung/-kindergarten/-schule oder eine/n Regelkindergarten bzw. Regelschule

Bezeichnung und Anschrift:

Werden Leistungen der Eingliederungshilfe vom Sozialamt bezogen? Ja Nein

6. Bei welchen sonstigen bisher nicht angegebenen Stellen können weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen angefordert werden (z.B.: Blindenhilfe)?

Bezeichnung und Anschrift:

V. Schwerbehinderteneigenschaft/Schwerbehindertenausweis

1. Die Schwerbehinderteneigenschaft soll festgestellt werden für die Zeit

ab Antragstellung ab _____ . Ein besonderes Interesse an der Feststellung dieses Zeitpunktes besteht, weil (hier Gründe für die Rückwirkung der Feststellung angeben z.B.: Finanzamt):

2. Ich benötige keinen Schwerbehindertenausweis.

Wenn Sie diesem Antrag bereits ein farbiges Passbild beifügen, (Rückseite mit Namen beschriften) **wird Ihnen** bei Vorliegen der Voraussetzungen (Grad der Behinderung wenigstens 50) **der Ausweis direkt übersandt**, sofern keine Zweifel an der Identität bestehen. Für Kinder unter 10 Jahren ist kein Passbild einzureichen. Dies gilt auch für Menschen, die das Haus nicht oder nur mit Hilfe eines Krankenwagens verlassen können.

VI. Erklärung zum Datenschutz und Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Sofern beigefügte Unterlagen nicht ausreichen, **erkläre ich mich damit einverstanden**, dass das Landratsamt die in diesem Verwaltungsverfahren und in einem evtl. sich anschließenden Vorverfahren erforderlichen Auskünfte und Unterlagen von allen angegebenen Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, gesetzlichen und privaten Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste, Behörden und sonstigen Einrichtungen bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich **entbinde** Ärzte, sonstige beteiligte Personen und Stellen von ihrer **Schweigepflicht** und **stimme** der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen **ausdrücklich zu**.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses

Ich **nehme zur Kenntnis**, dass die Daten, die dem Landratsamt im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Renten- oder Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i.V.m. § 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch, SGB X) und ich **dem widersprechen** kann.

Die beigefügten Hinweise zum Datenschutz habe ich ebenfalls zur Kenntnis genommen.

_____, den _____

Unterschrift des Antragstellers bzw. des
Vertreters (**Vollmacht/ Bestallungsurkunde/
Betreuerausweis – bitte Kopie** - vorlegen)

Dem Antrag füge ich bei:

- 1 farbiges Passbild aus neuester Zeit
 Kopien ärztlicher Befunde