

# Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht (Feststellungsverfahren)

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder  
in **Druckschrift** ausfüllen.

## Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein

<input type="checkbox"/> Außenstelle Heide Neue Anlage 9 • 25746 Heide Tel. 0481 / 696 0 Fax 0481 / 696 197	<b>Zuständigkeitsbereich</b> Kreise Dithmarschen, Nordfriesland, Pinneberg und Steinburg
<input type="checkbox"/> Außenstelle Kiel Gartenstr. 7 • 24103 Kiel Tel. 0431 / 9827 0 Fax 0431 / 9827 2515	Kreis Plön, Städte Kiel und Neumünster
<input type="checkbox"/> Außenstelle Lübeck Große Burgstr. 4 • 23552 Lübeck Tel. 0451 / 1406 0 Fax 0451 / 1406 499	Kreise Hzgt. Lauenburg, Ostholstein, Segeberg und Stormarn, Stadt Lübeck
<input type="checkbox"/> Außenstelle Schleswig Seminarweg 6 • 24837 Schleswig Tel. 04621 / 806 0 Fax 04621 / 29 583	Kreise Rendsburg-Eckern- förde und Schleswig- Flensburg, Stadt Flensburg

<b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>Erstantrag</b> Ich habe bisher keinen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt.
	<input type="checkbox"/> <b>Änderungsantrag</b> Ich habe schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt bei (Behörde):  Geschäftszeichen:

### Antragstellerin/Antragsteller

<b>2</b>	Nachname, Vorname (ggf. Geburtsname)	Geburtsdatum	weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>
	Straße, Hausnummer		Telefon (tagsüber erreichbar)	
	Postleitzahl, Ort		Amt, Kreis	
	Erwerbstätig? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, als			
<b>3</b>	Staatsangehörigkeit			
	<p><i>Von Nichtdeutschen und Staatenlosen ist die amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Kopie hiervon vorzulegen.</i></p> <p><i>Von Grenzarbeitnehmerinnen und Grenzarbeitnehmern ist die Arbeitserlaubnis vorzulegen.</i></p>			

### Bevollmächtigte/r / gesetzl. Vertreter/in / Betreuer/in

<b>4</b>	<b>Fügen Sie bitte eine Vollmacht bzw. eine Betreuungsurkunde in Kopie bei.</b>		
	Nachname, Vorname		
	Straße, Hausnummer		
	Postleitzahl, Ort	Telefon (tagsüber erreichbar)	

### Feststellungsbeginn

<b>5</b>	Ich beantrage, die Behinderteneigenschaft festzustellen	
	<input type="checkbox"/> ab Antragseingang	<input type="checkbox"/> rückwirkend ab
	<i>Eine rückwirkende Feststellung ist nur bei einem besonderen Interesse (z.B. steuerliche Gründe, Rentenbeginn, o.ä.) möglich.</i>	
Begründung (Rückwirkung)		

## Angaben zur Behinderung

**6** Welche Funktionsbeeinträchtigung wird erstmals geltend gemacht bzw. ist seit der letzten Feststellung hinzugetreten?  
**Führen Sie bitte nur die Gesundheitsstörungen auf, die zu dauernden Funktionsbeeinträchtigungen führen.**

Bezeichnung der Funktionsbeeinträchtigung		Bitte die jeweils zutreffende Ursachenschlüsselzahl eintragen.
a)	<input type="checkbox"/>	1 = angeborene Behinderung 2 = Arbeitsunfall (einschl. Wege- und Betriebswegeunfall), Berufskrankheit 4 = Verkehrsunfall 5 = häuslicher Unfall } soweit nicht Arbeitsunfall 6 = sonstiger Unfall 7 = Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung 9 = sonstige Krankheit (einschl. Impfschaden) 10 = sonstige oder mehrere Ursachen
b)	<input type="checkbox"/>	
c)	<input type="checkbox"/>	
d)	<input type="checkbox"/>	
e)	<input type="checkbox"/>	
f)	<input type="checkbox"/>	
g)	<input type="checkbox"/>	

**7** Folgende bereits festgestellte Funktionsbeeinträchtigung hat sich wesentlich verschlimmert:


## Leistungen anderer Stellen

**8** Ich erhalte von folgender Stelle Leistungen:

<input type="checkbox"/> Unfallversicherungsträger (z.B. Berufsgenossenschaft)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
<input type="checkbox"/> Versorgungsverwaltung (z.B. wegen einer Schädigung als Soldat oder Gewaltopfer)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
<input type="checkbox"/> Pflegekasse (wegen Schwerpflegebedürftigkeit)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
<input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. als Beamter wegen eines Dienstunfalles)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt

Behörde/Dienststelle - genaue Anschrift -	Geschäftszeichen/ Versicherungs-Nr.	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung

## Schwerbehindertenausweis

**9** Ich beantrage die Ausstellung (bzw. Änderung) eines Ausweises. Der Ausweis soll folgende Merkzeichen enthalten:

<input type="checkbox"/> <b>G</b>	(erhebliche Gehbehinderung: Nachteilsausgleiche im Nahverkehr/bei der Kfz-Steuer)
<input type="checkbox"/> <b>B</b>	.
<input type="checkbox"/> <b>aG</b>	(außergewöhnliche Gehbehinderung: Parkerleichterung, z.B. Querschnittsgelähmte, Doppelbeinamputierte)
<input type="checkbox"/> <b>H</b>	(Hilflosigkeit: Nachteilsausgleiche wegen der Notwendigkeit dauernder Hilfe in erheblichem Umfang)
<input type="checkbox"/> <b>RF</b>	(Rundfunkgebührenbefreiung und Telefongebührenermäßigung: bei Sonderfürsorgeberechtigung, starker Seh-/Hörbehinderung, ständigem Ausschluss von öffentlichen Veranstaltungen)
<input type="checkbox"/> <b>BI</b>	(Blindheit)
<input type="checkbox"/> <b>GI</b>	(Gehörlosigkeit)
<input type="checkbox"/> <b>1. KI.</b>	(Benutzung der 1. Wagenklasse für Kriegsbeschädigte mit einer MdE von mindestens 70 v.H.)

**Geben Sie hier bitte an, von welchen Ärzten/Kliniken Befundberichte bzw. Unterlagen zu den von Ihnen geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen angefordert werden sollen. Mit der Erklärung zu Nummer 17 entbinden Sie diese Ärzte von ihrer Schweigepflicht.**

**Hausarzt**

<b>10</b>	Nachname, Vorname	
	Straße, Hausnummer	
	Postleitzahl, Ort	Datum der letzten Behandlung

**Fachärzte wegen der geltend gemachten Behinderung**

<b>11</b>	Behandlung von - bis	Name, Anschrift, Fachgebiet	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

**Krankenhausbehandlung wegen der geltend gemachten Behinderung in den letzten 5 Jahren**

<b>12</b>	Behandlung von - bis	Name, Anschrift des Krankenhauses, Abteilung	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

**Reha-Behandlung wegen der geltend gemachten Behinderung in den letzten 5 Jahren**

<b>13</b>	von - bis	Name, Anschrift der Reha-Anstalt	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?
Name des Kostenträgers (z.B. Deutsche Rentenversicherung Nord/Bund; vormals LVA, BfA)		Aktenzeichen/Versicherungs-Nr.	
Anschrift des Kostenträgers			

**Weitere ärztliche Unterlagen wegen der geltend gemachten Behinderung in den letzten 5 Jahren**

<b>14</b>	Bei welchen Stellen befinden sich weitere ärztliche Unterlagen (Z.B. Deutsche Rentenversicherung Nord bzw. Bund; vormals LVA bzw. BfA, Gesundheitsamt, Agentur für Arbeit, Bundesbahnversicherungsanstalt, Sonderschule / Einrichtung)?		
	Behörde/Dienststelle - genaue Anschrift -	Geschäftszeichen/ Versicherungs-Nr.	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

## Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz

**15** Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist das Landesamt für soziale Dienste (LAsD) auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Deshalb ist in den §§ 60 bis 67 Erstes Buch Sozialgesetzbuch die **Mitwirkungspflicht** des Leistungsberechtigten gesetzlich festgelegt.

Wer Sozialleistungen beantragt, hat u.a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem hat er auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers (hier: LAsD) der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z.B. Krankenkasse, behandelnde Ärzte, Arbeitgeber usw.) zuzustimmen. Ist die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, weil Sie nicht mitwirken, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u.a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.

Eine **Übermittlung von Sozialdaten** ist in dem vom Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) abgesteckten Rahmen zulässig. So können die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt gewordenen Daten im erforderlichen Umfang an andere Stellen - z.B. an andere Sozialleistungsträger oder an externe ärztliche Gutachter - übermittelt werden (§ 69 Abs. 1 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Sollten Sie mit einer solchen Weitergabe nicht einverstanden sein, können Sie der Übermittlung von Sozialdaten vorab widersprechen. Bitte bedenken Sie dabei, dass ein Widerspruch ggf. auch zur Versagung oder Entziehung von Leistungen beim anderen Sozialleistungsträger führen kann.

Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage im erforderlichen Umfang gespeichert. Die Rechtsgrundlagen zur **Datenerhebung und -speicherung** finden sich in den §§ 67a und 67c SGB X.

### Erklärung

**16** Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind.  
Ich habe keinen weiteren Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt.

Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

### Entbindung von der Schweigepflicht

**17** Ich bin damit einverstanden, dass das Landesamt in diesem Verfahren nach dem Schwerbehinderterrecht die für die Entscheidung erforderlichen Befundberichte und sonstigen ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen von den Stellen und Ärzten beizieht, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Landesamt umgehend mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden. Insoweit entbinde ich die vom Landesamt ersuchten Ärzte, Krankenanstalten, anderen Behandlungsstätten, Behörden und private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen von ihrer Schweigepflicht.

**Raum für etwaige Einschränkungen des Einverständnisses:**

**Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann**

Unterschrift

### Informationsblatt

**18** Das Informationsblatt für schwerbehinderte Menschen habe ich erhalten  ja  nein

### Unterschrift (Bitte vergessen Sie nicht, auch bei Nummer 17 zu unterschreiben)

**19** Ort, Datum  Unterschrift

### Anlagen

**20** Soweit Sie ärztliche Unterlagen (keine Röntgenbilder) in Ihren Händen haben, fügen Sie diese bitte bei.  
Ich habe folgende Unterlagen beigefügt: