|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| An das  **Landratsamt** | | | |  | | | | | |
| Eingangsstempel  **Az.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | Erstantrag nach  § 152 Sozialgesetzbuch  - Neuntes Buch - (SGB IX)  Schwerbehindertenrecht  Az.: | | |
| I. Angaben zur Person - Bitte in Blockschrift ausfüllen – | | | | | | | | | |
| 1 | **Name**  / *surname* / *nom* / *nome* / *nombre / aile ismi* | | | | | | | |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | |  |
|  | **Vorname** / *name /* *prénom* / *nombre de battesimo* / *nombre de pila* / *isim*   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   weiblich | | | | | | | |  |
| 2 | Geburtsdatum | Geschlecht männlich  weiblich  divers | | | | ggf. Geburtsname | | **erwerbstätig: ja** | |
|  |
| 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 | |
|  |  |  |
|  |  |  |  | Aufenthaltserlaubnis  gültig bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  |  |  |  | Niederlassungserlaubnis  Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG |
|  |  |  | Aufenthaltsgestattung  gültig bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    erteilt.  Sein/ihr Aufenthalt wurde letztmalig am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  gültig bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  geduldet. | |
| 7 |  | **Grenzarbeitnehmer:**  Bitte fügen Sie eine Bescheinigung Ihres derzeitigen Arbeitgebers mit Angabe der wöchentlichen Arbeitszeit und ggf. eine Arbeitserlaubnis bei. |  |
|  |  | Die korrekte Schreibweise des Namens wird ausdrücklich  bestätigt.  Im Auftrag  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Datum, Stempel, Unterschrift) | | |

**RPS Fbl. Nr. 28 090/3 (Antrag - SGB IX) 2/74 - Neuauflage 01/20**

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 |
| ➀ |  |
| ➁ |  |
| ➂ |  |
| ➃ |  |
| ➄ |  |
| ➅ |  |
| 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  Nein  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:  Straße:  PLZ/Ort: | ➀ ➁  ➂ ➃  ➄ ➅ | | Datum der letzten Behandlung: | | bitte Spalte **unbedingt ausfüllen** | |
| **2. Fachärzte / Fachrichtung** | ➀ ➁  ➂ ➃  ➄ ➅ | | Datum der letzten Behandlung: | | Überweisung durch den Hausarzt | |
| Name/Fachrichtung:  Straße:  PLZ/Ort: |
| ja  nein | |
| Name/Fachrichtung:  Straße:  PLZ/Ort: | ➀ ➁  ➂ ➃  ➄ ➅ | | Datum der letzten Behandlung: | | ja  nein | |
|  | |
| Name/Fachrichtung:  Straße:  PLZ/Ort: | ➀ ➁  ➂ ➃  ➄ ➅ | | Datum der letzten Behandlung: | | ja  nein | |
|  | |
| Name/Fachrichtung:  Straße:  PLZ/Ort: | ➀ ➁  ➂ ➃  ➄ ➅ | | Datum der letzten Behandlung: | | ja  nein | |
|  | |  | |  | |
| **3. Krankenhausbehandlungen** | | wegen der **unter II.** angegebenen Gesundheitsstörungen **(bitte ankreuzen)** | | | | | |
| Name:  Abteilung, Station:  Straße:  PLZ/Ort: | | ➀ ➁  ➂ ➃  ➄ ➅ | | Behandlungszeitraum  von – bis  \_\_\_  stationär  ambulant | | | |
| Name:  Abteilung, Station:  Straße:  PLZ/Ort: | | ➀ ➁  ➂ ➃  ➄ ➅ | | Behandlungszeitraum  von – bis  \_\_\_  stationär  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): | | ➀ ➁  ➂ ➃  ➄ ➅ | | Behandlungszeitraum  von – bis  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  stationär  ambulant | |  | |
| Name:  Straße:  PLZ/Ort:  Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung): | | ➀ ➁  ➂ ➃  ➄ ➅ | | Behandlungszeitraum  von – bis  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  stationär  ambulant | |  | |

**IV. Angaben zu früheren Feststellungen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wurde bereits eine Entscheidung getroffen  1. von einem **Versorgungsamt / Landratsamt** oder einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Wehrbereichsgebührnisamt) 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)?  Ja  Nein  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)  Ja  Nein  Entscheidung noch nicht ergangen ggf. Unfalltag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ und Arbeitgeber: | | | |
| Gesundheitsstörungen | | Verwaltungsbehörde / Leistungsträger | Geschäftszeichen des Vorgangs |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| 3. Erhalten Sie **Rente** **wegen verminderter Erwerbsfähigkeit** aus der gesetzlichen Rentenversicherungoder haben Sie dort einen An­trag gestellt?  Ja  Nein  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 an-  gefordert 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 beizieht, 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