

Zutreffendes bitte ankreuzen X

oder in Druckschrift ausfüllen

Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht

gemäß **Neuntem Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Feststellung des Grades der Behinderung (GdB)**
und von Merkzeichen, Ausstellung eines Ausweises –

Landratsamt Unstrut-Hainich-Kreis
Fachdienst Soziales
Lindenbühl 28/29
99974 Mühlhausen

Bitte für amtliche Zwecke freihalten	
Eingangsstempel der zuständigen Behörde	Eingangsstempel anderer Stellen (z. B. Krankenkasse)

1	<input type="checkbox"/> Erstantrag Ich habe bisher keinen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt.
	<input type="checkbox"/> Änderungsantrag Ich habe schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt bei: Behörde Aktenzeichen Besitzen Sie von einem <u>anderen</u> Amt einen Schwerbehindertenausweis? <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie beifügen
	<input type="checkbox"/> Dieser Antrag soll gleichzeitig als Antrag auf Bewilligung von Landesblindengeld nach dem Thüringer Blindengeldgesetz (ThürBlGG) gelten.

Antragstellerin/Antragsteller

2	Nachname (ggf. Geburtsname), Vorname	Geburtsdatum	weiblich	männlich
	Straße, Hausnummer	Telefon (tagsüber erreichbar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PLZ	derzeitiger Wohnort	e-Mail	
3	Sind Sie zur Zeit erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja, als			
4	Staatsangehörigkeit Von Nichtdeutschen und Staatenlosen ist eine amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Kopie hiervon vorzulegen.			

Bevollmächtigte/r, gesetzliche/r Vertreter/in, Betreuer/in

5	Nachname, Vorname	Straße, Hausnummer		
	PLZ	derzeitiger Wohnort	Telefon (tagsüber erreichbar)	
Fügen Sie bitte eine Vollmacht bzw. eine Betreuungsurkunde in Kopie bei!				

Feststellungsbeginn

6	Ich beantrage die Feststellung	ab Antragseingang <input type="checkbox"/>	rückwirkend ab
	Ich beantrage eine Rückwirkung wegen oder wegen	Steuer <input type="checkbox"/>	Rente <input type="checkbox"/>

Angaben zu den Gesundheitsstörungen

7	Welche Gesundheitsstörungen werden <u>erstmalig</u> als Behinderungen geltend gemacht? Welche Gesundheitsstörungen sind seit der <u>letzten Feststellung</u> hinzugetreten? Geben Sie bitte nur Gesundheitsstörungen an, die zu dauernden Funktionsbeeinträchtigungen führen.	
	Bezeichnung der Funktionsbeeinträchtigung	01 = angeborene Behinderung
	a)	02 = Arbeitsunfall, einschließlich Wege- und Betriebsunfall, Berufskrankheit
	b)	04 = Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall
	c)	05 = häuslicher Unfall, soweit nicht Arbeitsunfall
	d)	06 = sonstiger nicht bezeichneter Unfall
	e)	07 = anerkannte Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung
f)	09 = sonstige Krankheiten einschließlich Impfschaden ohne Berufskrankheit	
		10 = sonst. oder mehrere Ursachen
8	Folgende, bereits festgestellte Behinderungen haben sich seit der <u>letzten</u> Feststellung wesentlich verschlimmert:	

Leistungen nach anderen Gesetzen/bitte Kopien der Bescheide beifügen, sofern noch nicht eingereicht

9	<input type="checkbox"/> Unfallversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beantragt
	<input type="checkbox"/> Versorgungsverwaltung (Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, SED-Unrechtsbereinigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Thüringer Blindengeldgesetz usw.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beantragt
	<input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. Leistungen der Pflegekasse)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beantragt
	Behörde/Dienststelle – genaue Anschrift -	Geschäftszeichen, Versicherungsnummer	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

Haben Sie ein besonderes Begehren bezüglich der Feststellung von Merkzeichen?

10	Insbesondere begehre ich die Feststellung folgender Merkzeichen:	
	<input type="checkbox"/> G	gehbehindert – erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr
	<input type="checkbox"/> aG	außergewöhnlich gehbehindert
	<input type="checkbox"/> B	zur Mitnahme einer Begleitperson berechtigt
	<input type="checkbox"/> H	hilfflos
	<input type="checkbox"/> BI	blind
	<input type="checkbox"/> GI	gehörlos
	<input type="checkbox"/> RF	Befreiung von der Rundfunk- und Fernsehgebührenpflicht – ständig gehindert, an öffentlichen Veranstaltungen jeder Art teilzunehmen
Hinweis:	Falls Sie die Feststellung des Merkzeichens „RF“ begehren sollten, wird darauf hingewiesen, vorsorglich auch <u>gleichzeitig</u> mit dem Antrag nach dem SGB IX einen Antrag auf Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei der <u>Gebühreneinzugszentrale (GEZ), 50656 Köln</u> zu stellen. Ein Antragsformular wird von der zuständigen Behörde mit der <u>Eingangsbestätigung zum SGB-IX-Antrag</u> übersandt werden. Er kann auch aus dem Internet unter <u>www.gez.de</u> heruntergeladen werden. Den ausgefüllten Antrag übersenden Sie bitte an die GEZ.	

Folgende Funktionsbeeinträchtigungen sind vom Feststellungsverfahren auszuschließen:

11	
Diese Funktionsbeeinträchtigungen bleiben bei der Feststellung des Grades der Behinderung und ggf. festzustellender Merkzeichen unberücksichtigt.	

Geben Sie bitte an, von welchen Ärzten/Kliniken Befundberichte bzw. Unterlagen zu den von Ihnen geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen angefordert werden sollen. Mit der Erklärung zu Nummer 18 entbinden Sie die Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Die Feststellung des Grades der Behinderung sowie der Merkzeichen erfolgt durch die zuständige Behörde.

Hausarzt

12	Nachname, Vorname		
	Straße, Hausnummer		
	PLZ	Ort	Datum der letzten Behandlung

Fachärzte wegen geltend gemachten Behinderungen in den letzten zwei Jahren bzw. seit der letzten Feststellung

13	Behandlung von - bis	Name, Anschrift, Fachgebiet	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

Krankenhausbehandlung wegen der geltend gemachten Behinderungen in den letzten zwei Jahren bzw. seit der letzten Feststellung

14	Behandlung von - bis	Name, Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, ggf. Name des behandelnden Arztes und dessen Fachrichtung	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

Reha- bzw. Kurbehandlung in den letzten 2 Jahren bzw. seit der letzten Feststellung

15	Behandlung von bis	Name, Anschrift der Klinik	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?
	Name und Anschrift des Kostenträgers (z.B. Deutsche Rentenversicherung, Krankenversicherung)		Aktenzeichen, Versicherungsnummer
	Behandlung von bis	Name, Anschrift der Klinik	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?
Name und Anschrift des Kostenträgers (z.B. Deutsche Rentenversicherung, Krankenversicherung)		Aktenzeichen, Versicherungsnummer	

Krankenkasse

16	Name, Anschrift der derzeitigen Krankenkasse

Weitere ärztliche Unterlagen wegen der geltend gemachten Behinderungen in den letzten 2 Jahren, bzw. seit der letzten Feststellung

17	Bei welchen Stellen befinden sich außer den zur Begründung dieses Antrages bereits beigefügten Unterlagen noch weitere, die Behinderung betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw. (z.B. bei der Deutschen Rentenversicherung, Agenturen für Arbeit, Sonderschulen)?		
	Behörde/Dienststelle -genaue Anschrift-	Geschäftszeichen Versicherungsnummer	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

Bitte senden Sie auch Unterlagen ein, die sich in Ihren Händen befinden. Sie tragen damit zu einer Verkürzung der Bearbeitungsdauer bei.

(Bitte senden Sie, wenn möglich, Kopien ein. Originale werden vom Amt nach erfolgter Auswertung unverzüglich zurückgesandt).

Folgende Unterlagen füge ich bei:

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung des Grades der Behinderung und von Merkzeichen 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 der zuständigen Behörde unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift
des Antragstellers, gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten, Betreuers

Die nachfolgende Einwilligungserklärung bitte unbedingt unterschreiben!

18

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die für das Feststellungsverfahren und Ausweiswesen zuständige Behörde die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag bzw. im weiteren Verfahren von mir benannten Ärzten und Krankenanstalten sowie bei Behörden, Sozialeinrichtungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind), insbesondere Entlassungsberichte/Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden Behinderungen geben können.

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

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

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

Mit der Einholung von Auskünften und Unterlagen bei folgenden Stellen (z. B. Ärzten, Krankenanstalten usw.) bin ich **nicht** einverstanden:

Ort, Datum

 Unterschrift
 des Antragstellers, gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten, Betreuers

Hinweise zum Datenschutz !

Ihre Angaben werden erfasst und mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert.

Name, Vorname