

1 Empfänger

1.1	Versorgungsamt

Eingangsstempel

Antrag nach § 69 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)

- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Schwerbehindertenrecht -
(Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung (GdB) und weiterer gesundheitlicher Merkmale sowie Ausstellung eines Ausweises)

GZ.

WICHTIGE HINWEISE

Um sachgerecht über Ihren Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift - auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen auf dem 3. Blatt dieses Vordrucks und vergessen Sie nicht, den Antrag auf der letzten Seite zu unterschreiben.

Wenn sich Unterlagen über die von Ihnen geltend gemachten Gesundheitsstörungen (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflegegutachten, EKG, Labor- und Röntgenbefunde, aber auch Bescheide anderer Leistungsträger) in Ihren Händen befinden, die nicht älter als 5 Jahre sind, reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Antrag ein.

Falls oder soweit Sie keine Unterlagen beifügen, werden diese entsprechend Ihrer Einverständniserklärung am Ende des Antragsvordrucks von den von Ihnen benannten Stellen und Personen beigezogen.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Soweit Sie vom Angebot der Datenbeschaffung durch das Versorgungsamt Gebrauch machen, ist Rechtsgrundlage hierfür Ihre Einwilligung am Ende dieses Antragsvordrucks. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt gemäß § 67b Absatz 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die Feststellung nach dem SGB IX ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind.

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

2 Angaben zur Person

2.1	Name	Geburtsname	
	Vorname	weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>
2.2	geboren am	in (Ort)	
	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt		Tagsüber erreichbar unter (Angabe der Tel.-Nr. freiwillig)
	Straße, Hausnummer	PLZ	
Telefon-Nr.:			
2.3	Ggf. weiterer Wohnsitz		
	Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
2.4	Bei Minderjährigen unter 15 Jahren und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers angeben: - ggf. bitte Bestellsurkunde oder Betreuungsausweis beifügen	Name	Vorname
		Straße, Hausnummer	
		PLZ	Wohnort
2.5	Aufenthaltsbescheinigung Sind Sie - Ausländer ? Bitte legen Sie eine amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltsgenehmigung oder beglaubigte Ablichtung der Erlaubnis vor oder lassen Sie die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen. Bei Kindern unter 16 Jahren benötigen wir die genannten Unterlagen eines Erziehungsberechtigten - Grenzarbeitnehmer ? Bitte fügen Sie die Arbeitsbescheinigung Ihres jetzigen Arbeitgebers und ggf. eine Arbeitserlaubnis bzw. eine amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltserlaubnis bzw. -berechtigung oder einen Ausweis für den kleinen Grenzverkehr bei oder lassen die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen. SB 5 – Juni 2001	Bescheinigung der Ausländerbehörde Dem/der Antragsteller/in wurde am _____ eine <input type="checkbox"/> Aufenthaltsberechtigung <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbewilligung <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbefugnis <input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> gültig bis _____ erteilt. <input type="checkbox"/> Eine Aufenthaltsgenehmigung ist gemäß _____ nicht erforderlich.	
		Im Auftrag	
Datum		Unterschrift, Stempel der Behörde	

3 Angaben zu einer früheren Feststellung

3.1	Hat ein Versorgungsamt, Landesamt, Wehrbereichsgebührensamt oder eine andere Verwaltungsbehörde, eine Berufsgenossenschaft oder ein anderer Sozialversicherungsträger oder ein Gericht bereits einmal eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) bzw. das Vorliegen von Schädigungs-/Unfallfolgen und eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) getroffen oder besitzen Sie eine vorläufige Bescheinigung von einer dieser Stellen oder läuft ein entsprechendes Verfahren?			
	<input type="checkbox"/> Nein - weiter mit Nr. 4 ff - <input type="checkbox"/> Ja für folgende Behinderungen	Höhe des / der festge- stellten GdB / MdE	Bezeichnung der Verwaltungsbehörde, des Sozialversicherungsträgers oder des Gerichts	Geschäftszeichen und Datum des Vorgangs oder der Ent- scheidung, ggf. Tag des Unfalls
Bitte Feststellungsbescheid oder -unterlagen beifügen.				
3.2	Möchten Sie über die vorgenannte frühere Feststellung hinaus weitere Gesundheitsstörungen geltend machen? <input type="checkbox"/> Ja - Bitte weiter mit Nr. 4 ff - <input type="checkbox"/> Nein - Bitte weiter mit Nr. 9 ff -			

4 Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen

	Lfd. Nr.	Folgende Gesundheitsstörungen sollen nach § 69 SGB IX festgestellt werden:
		z.B. Bluthochdruck
4.1	①	
	②	
	③	
	④	
	⑤	
	⑥	
ggf. weitere Anlage beifügen		

5 Angaben zu Ihren ärztlichen Behandlungen zu 4.1 (in den letzten 5 Jahren)

5.1	Hausarzt Name: _____ Fachgebiet: _____ Straße, Hausnummer: _____ PLZ: _____ Ort: _____		Behandlung von _____ bis _____ Behandlung wegen der Gesundheitsstörung(en) (Bitte entsprechend lfd. Nr. unter Ziffer 4 ankreuzen) ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/>
5.2	Weitere Ärzte. Hinweis: Sie können die Dauer des Verfahrens beeinflussen. Fragen Sie bitte bei Ihrem Hausarzt nach, ob dort Befunde sämtlicher von Ihnen nachstehend angegebener Fachärzte - außer Augen- und HNO-Ärzte - vorliegen. Dies gilt auch für Krankenhaus- und Kurentlassungsberichte.		
	Facharzt Name: _____ Fachgebiet: _____ Straße, Hausnummer: _____ PLZ: _____ Ort: _____		Behandlung von _____ bis _____ Behandlung wegen der Gesundheitsstörung(en) (Bitte entsprechend lfd. Nr. unter Ziffer 4 ankreuzen) ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/>
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			

Facharzt

Name		Fachgebiet	Behandlung von		bis			
Straße, Hausnummer								
PLZ		Ort	Behandlung wegen der Gesundheitsstörung(en) (Bitte entsprechend lfd. Nr. unter Ziffer 4 ankreuzen)					
			① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>	④ <input type="checkbox"/>	⑤ <input type="checkbox"/>	⑥ <input type="checkbox"/>
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja								

Facharzt

Name		Fachgebiet	Behandlung von		bis			
Straße, Hausnummer								
PLZ		Ort	Behandlung wegen der Gesundheitsstörung(en) (Bitte entsprechend lfd. Nr. unter Ziffer 4 ankreuzen)					
			① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>	④ <input type="checkbox"/>	⑤ <input type="checkbox"/>	⑥ <input type="checkbox"/>
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja								

5.3

Für die Anforderung von Befundberichten von den von Ihnen angegebenen Ärztinnen/Ärzten geben Sie bitte den Namen Ihrer Krankenkasse an:

6 Angaben zu Ihren Krankenhausbehandlungen zu 4.1 (in den letzten 5 Jahren)

6.1

Name des Krankenhauses		Behandlung von		bis				
Abteilung / Station								
Straße, Hausnummer								
PLZ		Ort	Behandlung wegen der Gesundheitsstörung(en) (Bitte entsprechend lfd. Nr. unter Ziffer 4 ankreuzen)					
			① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>	④ <input type="checkbox"/>	⑤ <input type="checkbox"/>	⑥ <input type="checkbox"/>
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja								

6.2

Name des Krankenhauses		Behandlung von		bis				
Abteilung / Station								
Straße, Hausnummer								
PLZ		Ort	Behandlung wegen der Gesundheitsstörung(en) (Bitte entsprechend lfd. Nr. unter Ziffer 4 ankreuzen)					
			① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>	④ <input type="checkbox"/>	⑤ <input type="checkbox"/>	⑥ <input type="checkbox"/>
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja								

7 Angaben zu Ihren Rehabilitationsverfahren/Kuren zu 4.1 (in den letzten 5 Jahren)

Name der Klinik		Behandlung von		bis				
Straße, Hausnummer								
PLZ		Ort	Behandlung wegen der Gesundheitsstörung(en) (Bitte entsprechend lfd. Nr. unter Ziffer 4 ankreuzen)					
			① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>	④ <input type="checkbox"/>	⑤ <input type="checkbox"/>	⑥ <input type="checkbox"/>
Name des Kostenträgers			Straße, Hausnummer					
PLZ		Ort	Mitgliedsnummer / Geschäftszeichen					
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja								

8 Sonstige Angaben zu Ihren unter 4.1 geltend gemachten Gesundheitsstörungen

8.1

Erhalten Sie eine Unfallrente oder eine Berufs- bzw. Erwerbsminderungsrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? Laufen Untersuchungen beim Sozialversicherungsträger oder sind Klagen beim Sozialgericht anhängig?

Nein Ja

Name des Sozialversicherungsträgers	Aktenzeichen

8.2	Erhalten Sie Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit von Ihrer Pflegekasse/Krankenkasse oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	Erhalten Sie Blindengeld oder Hilfe für Gehörlose vom Landschaftsverband oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	Ist ein Gutachten des Medizinischen Dienstes Ihrer Krankenkasse oder ein sonstiges medizinisches Gutachten erstellt worden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	Anschrift des Leistungsträgers (Pflegekasse/Krankenkasse/Landschaftsverband)
	Aktenzeichen

9 Angaben zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen und Ausstellung eines Ausweises

9.1	Es soll festgestellt werden, dass die gesundheitlichen Voraussetzungen für folgende Merkzeichen vorliegen: (Bitte entsprechendes ankreuzen) <input type="checkbox"/> - G - <input type="checkbox"/> - aG - <input type="checkbox"/> - B - <input type="checkbox"/> - RF - <input type="checkbox"/> - H - <input type="checkbox"/> - 1. Kl. - <input type="checkbox"/> - Bl - <input type="checkbox"/> - Gl -
9.2	<input type="checkbox"/> Ich benötige keinen Ausweis.
9.3	Sofern ein Ausweis zusteht, der zur unentgeltlichen Beförderung im öffentlichen Personenverkehr berechtigt, soll ein Streckenverzeichnis der Deutschen Bahn AG ausgestellt werden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> für meinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt (Nr. 2.2) oder <input type="checkbox"/> für meinen Wohnsitz in <input type="text"/> (Nr. 2.3)
9.4	Der beantragte Ausweis soll die Voraussetzungen nachweisen für die Zeit <input type="checkbox"/> ab Antragstellung ab: <input type="text"/> Gründe: <input type="text"/>

10 Erklärungen

10.1	Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.	
10.2	Soweit ich keine Unterlagen beifüge, erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt in diesem Verwaltungsverfahren und in einem eventuell sich anschließenden Vorverfahren von den genannten Ärztinnen/Ärzten, Krankenanstalten/Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt, Sanatorium), Trägern der Sozialversicherung, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Behörden sowie Stellen innerhalb der Versorgungsverwaltung die hierfür erforderlichen Auskünfte einholt und Unterlagen bezieht, auch soweit sie hinsichtlich der geltend gemachten Gesundheitsstörungen von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt sind. Die beteiligten Ärztinnen/Ärzte entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.	
10.3	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Soweit die von mir beigefügten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem SGB IX nicht ausreichen, erkläre ich mich ebenfalls damit einverstanden, dass das Versorgungsamt wie unter 10.2 beschrieben den Sachverhalt weiter aufklärt. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Folgende Ärztinnen/Ärzte, Einrichtungen bzw. Stellen schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus: <input type="text"/>	
10.4	Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die dem Versorgungsamt mit diesem Verfahren nach dem SGB IX zugänglich gemacht worden sind, auch anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X). Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit widersprechen kann.	
	Dem Antrag füge ich bei: <input type="checkbox"/> 1 Lichtbild aus neuester Zeit (45 x 35 mm im Hochformat ohne Rand, mit Ihrem Namen auf der Rückseite) - nur erforderlich ab Vollendung des 10 Lebensjahres für die Ausstellung eines Ausweises - <input type="checkbox"/> Ergänzungsbögen zum Antrag <input type="checkbox"/>	Ort Datum Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers und/oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers