

Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht

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

Bitte für amtliche Zwecke freihalten	
Eingangsstempel des Versorgungsamtes	Eingangsstempel anderer Stellen (z. B. Krankenkasse)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und vollständig. Vollständige Angaben erleichtern die Sachaufklärung und eine zügige Bearbeitung. Bei unzureichend ausgefülltem Antrag können Nachfragen erforderlich sein, die die Antragsbearbeitung verzögern.
Unterschreiben Sie bitte den Antrag auf den Seiten 4 und 5!

Versorgungsamt	<input type="checkbox"/> Erfurt	<input type="checkbox"/> Gera	<input type="checkbox"/> Suhl
Anschrift	Linderbacher Weg 30 99099 Erfurt	Puschkinplatz 7 07545 Gera	Karl-Liebknecht-Str. 4 98527 Suhl
Telefon	0361/378-00	0365/8223-0	03681/73-0
Telefax	0361/378 81 59	0365/8223 593	03681/73 2401
E-Mail	VAEPoststelle@lasfef.thueringen.de	VAGPoststelle@lasfgera.thueringen.de	VASPoststelle@lasf.thueringen.de
Besuchszeiten:			
Montag	7.00 - 16.00 Uhr	7.00 - 16.00 Uhr	7.00 - 16.00 Uhr
Dienstag	7.00 - 18.00 Uhr	7.00 - 18.00 Uhr	7.00 - 16.00 Uhr
Mittwoch	7.00 - 16.00 Uhr	12.00 - 16.00 Uhr	7.00 - 16.00 Uhr
Donnerstag	7.00 - 16.00 Uhr	7.00 - 16.00 Uhr	7.00 - 18.00 Uhr
Freitag	7.00 - 12.30 Uhr	7.00 - 12.30 Uhr	7.00 - 12.30 Uhr
Zuständig für:			
Landkreise	Gotha, Sömmerda, Weimarer Land, Nordhausen, Eichsfeld-Kreis, Unstrut-Hainich-Kreis, Kyffhäuser-Kreis	Saalfeld-Rudolstadt, Greiz, Altenburger Land, Saale-Holzland-Kreis, Saale-Orla-Kreis	Schmalkalden-Meiningen, Hildburghausen, Sonneberg, Wartburgkreis, Ilm-Kreis
Städte	Erfurt und Weimar	Gera und Jena	Suhl und Eisenach

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> Versorgungsamt einen Schwerbehindertenausweis ? <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie beifügen!			

Antragstellerin/Antragsteller

2	Nachname (ggf. Geburtsname), Vorname		Geburtsdatum		weiblich	männlich
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Straße, Hausnummer		Telefon (tagsüber erreichbar)		Telefax	
	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 rückwirkend ab _____

Bei rückwirkend beantragter Feststellung bitte Grund angeben

Angaben zu den Gesundheitsstörungen

7 Welche Gesundheitsstörungen werden erstmalig als Behinderungen geltend gemacht?
 Welche Gesundheitsstörungen sind seit der letzten Feststellung hinzugetreten?
Geben Sie bitte nur Gesundheitsstörungen an, die zu dauernden Funktionsbeeinträchtigungen führen.

Bezeichnung der Funktionsbeeinträchtigung

a)	_____	<input type="checkbox"/>	01 = angeborene Behinderung
b)	_____	<input type="checkbox"/>	02 = Arbeitsunfall, einschließlich Wege- und Betriebsunfall, Berufskrankheit
c)	_____	<input type="checkbox"/>	04 = Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall
d)	_____	<input type="checkbox"/>	05 = häuslicher Unfall, soweit nicht Arbeitsunfall
e)	_____	<input type="checkbox"/>	06 = sonstiger nicht bezeichneter Unfall
f)	_____	<input type="checkbox"/>	07 = anerkannte Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung
			09 = sonstige Krankheiten einschließlich Impfschaden ohne Berufskrankheit
			10 = sonst. oder mehrere Ursachen

8 Folgende, bereits festgestellte Behinderungen haben sich seit der **letzten** 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-Unrechtsbereinigungsgesetze, 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	auf ständige Begleitung bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln angewiesen
	<input type="checkbox"/> H	hilflos
	<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 gleichzeitig mit dem Antrag nach dem SGB IX einen Antrag auf Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei der Gebühreneinzugszentrale (GEZ), 50656 Köln zu stellen . Ein Antragsformular wird vom Versorgungsamt mit der Eingangsbestätigung zum SGB-IX-Antrag übersandt werden. Er kann auch aus dem Internet unter www.gez.de 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 das Versorgungsamt.

Hausarzt

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

Fachärzte wegen der geltend gemachten Behinderungen in den **letzten 2 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 2 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. BfA, LVA)		Aktenzeichen, Versicherungsnummer
	Behandlung von - bis	Name, Anschrift der Klinik	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?
Name und Anschrift des Kostenträgers (z. B. BfA, LVA)		Aktenzeichen, Versicherungsnummer	

Krankenkasse

16	Name und 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 Landesversicherungsanstalt, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 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 dem Versorgungsamt unverzüglich mitteilen.

--

Ort, Datum

X

Unterschrift

des Antragstellers, gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten, Betreuers

Die nachfolgende Einwilligungserklärung bitte unbedingt unterschreiben !

18

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt 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, Sozial-einrichtungsträgern 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

X

Unterschrift

des Antragstellers, gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten, Betreuers

Hinweis zum Datenschutz !

Ihre Angaben werden erfasst und mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert.

Name, Vorname:

--