



## Achtung wichtige Hinweise !!!

**Bitte übersenden Sie den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antrag an das zuständige Hessische Amt für Versorgung und Soziales und nicht an das Regierungspräsidium Gießen, Landesversorgungsamt Hessen.**

**Bitte beachten Sie diesen Hinweis, um unnötige zeitliche Verzögerungen in der Bearbeitung Ihres Antrages zu vermeiden.**

**Die Bearbeitung der Anträge nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) – Schwerbehindertenrecht – erfolgt in dem für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort örtlich zuständigen Hessischen Amt für Versorgung und Soziales (HAVS).**

Nur der vorliegende Antrag mit Unterschrift stellt einen rechtsgültigen Antrag dar.

Bei einer Übersendung des Antrages per Email ist nur dann eine rechtswirksame Antragstellung gegeben, wenn der unterzeichnete vollständige Antrag eingescannt als Bilddatei (pdf-, tiff-, bmp oder jpeg-Format) der Email beigelegt ist.

Das für Sie jeweils zuständige Hessische Amt für Versorgung und Soziales ersehen Sie unter „Örtliche Zuständigkeiten“ in dem Download-Bereich.

Die Adressen der örtlich zuständigen Versorgungsämter ersehen Sie auf den Internetseiten des Regierungspräsidiums Gießen unter „Arbeit und Soziales“ > „Versorgungsverwaltung“ > „Landesamt / Versorgungsämter“





<b>2. Bei welcher Krankenkasse sind Sie derzeit versichert?</b>
Name der Krankenkasse

<b>3. Angaben zu den Behinderungen</b>
<b>Führen Sie bitte nachstehend alle körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen auf, die als Behinderungen festgestellt werden sollen. Führen Sie bitte nur die Gesundheitsstörungen auf, die zu einer <u>dauerhaften Beeinträchtigung</u> Ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft führen. Akute Erkrankungen wie z.B. Erkältungs- oder Magen-Darminfekte, Kopfschmerzen stellen noch keine Behinderungen dar und sind deshalb nicht anzugeben.</b>
<b><u>Sofern ein Diabetes mellitus geltend gemacht wird, bitte das Original-Blutzuckertagebuch der letzten 2 Monate oder eine vergleichbare Dokumentation vorlegen.</u></b>
1.
2.
3.
4.
5.
6.

<b>4. Haben Sie bereits einen Antrag gestellt oder eine Feststellung über den Grad der Behinderung (GdB) erhalten?</b>	
1. von einer Berufsgenossenschaft wegen eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. von einem Versorgungsamt (z.B. wegen einer Schädigung als Soldat/in oder Gewaltopfer)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. oder von einer anderen Dienststelle (z. B. als Beamter/in wegen eines Dienstunfalls)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Wenn Sie eine dieser Fragen mit ja beantwortet haben, legen Sie bitte den entsprechenden Bescheid bei oder teilen Sie mit, von welcher</b>	
Dienststelle/Berufsgenossenschaft:	
und unter welchem Geschäftszeichen:	
diese Entscheidung getroffen wurde, bzw. der Antrag bearbeitet wird.	
Welche der unter Ziffer 3 aufgeführten Gesundheitsstörungen ist betroffen? Nr.:	
<b>Wenn Sie allein aufgrund dieser Entscheidung die Ausstellung eines Ausweises beantragen, brauchen Sie die folgenden Abschnitte des Formulars nicht auszufüllen.</b>	
Wenn Sie weitere Behinderungen geltend machen, müssen Sie auch die weiteren Abschnitte ausfüllen.	

<b>5. Beziehen Sie eine der folgenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?</b>	
1. Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Pflegegeld nach dem SGB XII	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Leistungen der Pflegekasse wegen Schwerpflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geben Sie bitte die Dienststelle und das Geschäftszeichen an:	Geschäftszeichen:

**Bitte übersenden Sie alle ärztlichen Unterlagen der letzten 2 Jahre, die sich in Ihren Händen befinden und die als Behinderungen geltend gemachten Gesundheitsstörungen betreffen. Sie tragen damit zu einer Verkürzung der Bearbeitungszeit bei.**

6. Angaben zu ärztlichen Behandlungen während der letzten 2 Jahre			
	Name/Bezeichnung und Adresse (bei Gemeinschaftspraxen bitte die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt angeben)	Wegen welcher der in Ziffer 3 genannten Gesundheitsstörungen wurden Sie behandelt?	Zusatzangaben
Hausärztin/ Hausarzt	Straße:  Ort:	Nr.	Von welchen Fachärzten/innen, Krankenhäusern und Kurkliniken hat der/die Hausarzt/ärztin Unterlagen?
Fachärztin/ Facharzt	Straße:  Ort:	Nr.	Fachgebiet:  zuletzt behandelt Monat/Jahr
	Straße:  Ort:	Nr.	Fachgebiet:  zuletzt behandelt Monat/Jahr
	Straße:  Ort:	Nr.	Fachgebiet:  zuletzt behandelt Monat/Jahr
Krankenhäuser, Kliniken, Reha- Kliniken	Straße:  Ort:	Nr.	Station/Abteilung  Zeitraum:  <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
	Straße:  Ort:	Nr.	Station/Abteilung  Zeitraum:  <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
Kurklinik	Straße:  Ort:	Nr.	Kostenträger  Zeitraum  Gz.

<b>7.</b>	<b>Bei welchen anderen Stellen befinden sich noch ärztliche Unterlagen, Gutachten, Untersuchungsbefunde, die Auskunft über die unter Ziffer 3 geltend gemachten Behinderungen geben können (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Agentur für Arbeit usw.)</b>	
<b>Dienststelle und Geschäftszeichen</b>	<b>Anschrift</b>	<b>Jahr der Untersuchung</b>
Geschäftszeichen		
Geschäftszeichen		
Geschäftszeichen		

### **Zukünftige Übermittlung von Daten an die Finanzverwaltung**

Ich beantrage die zukünftige Übermittlung der zur Inanspruchnahme der steuerlichen Behindertenpauschbeträge erforderlichen Daten an die Finanzverwaltung.

*Die Übermittlung kann erst erfolgen, sobald die Steuerverwaltung die technischen Voraussetzungen geschaffen hat und das Bundesministerium der Finanzen im Einvernehmen mit den obersten Finanzbehörden der Länder im Bundesgesetzblatt den Veranlagungszeitraum bekanntgegeben hat, ab dem die Regelung des § 65 Absatz 3a EStDV erstmals anzuwenden ist.* – Hinsichtlich weiterer Einzelheiten wird auf das Infoblatt (S10) zum Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht - Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) – hingewiesen.

### **Übermittlung von Sozialdaten an andere Leistungsträger**

Die im Rahmen der Feststellungsverfahren nach dem SGB IX von Ärztinnen/Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen über Sie können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger weitergegeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Damit soll das Verwaltungsverfahren bei den unterschiedlichen Sozialleistungsträgern vereinfacht werden. Sofern Sie mit einer solchen Übermittlung nicht einverstanden sind, können Sie der Übermittlung vorab widersprechen.

Ich widerspreche der Übermittlung entsprechender Daten an andere Sozialleistungsträger.

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung einer Behinderung nach dem SGB IX; vormals: Schwerbehindertengesetz (SchwbG); gestellt habe. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere eine wesentliche Änderung der als Behinderungen geltend gemachten Gesundheitsstörungen und einen Wohnsitzwechsel werde ich unverzüglich mitteilen.

### **Einwilligungserklärung gem. §§ 67, 100 X. Buch Sozialgesetzbuch**

Ich bin damit einverstanden, dass das Hessische Amt für Versorgung und Soziales die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag genannten Ärztinnen/Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen geführten medizinischen, psychiatrischen, psychoanalytischen und psychotherapeutischen Unterlagen, insbesondere Entlassungs- und Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden Behinderungen geben können. Unterlagen, die diese Ärztinnen/Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärztinnen/Ärzten und Einrichtungen erhalten haben, sind eingeschlossen. Die Einverständniserklärung bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen. Ich entbinde die beteiligten Ärzte und Ärztinnen insoweit von der Schweigepflicht. Falls ich diese Einwilligungserklärung einschränken will, werde ich eine gesonderte Erklärung abgeben. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

**Hinweis zur Datenschutz-Grundverordnung: Ich bestätige mit meiner Unterschrift auch die Kenntnisnahme des Hinweisblattes zum Datenschutz (DSGVO).**

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in
------------	---

Anlagen

## **WICHTIGE INFORMATIONEN UND HINWEISE**

### **zum Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht - Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) -**

Um über Ihren Antrag nach dem SGB IX entscheiden zu können, bedarf es der Beiziehung ärztlicher Unterlagen. Diese Ermittlungen sind zeitaufwändig und verursachen Kosten. Wenn Sie Ihrem Antrag bereits in Ihrem Besitz befindliche ärztliche Unterlagen beifügen, die nicht älter als 2 Jahre sind und über die geltend gemachten Behinderungen Auskunft geben, leisten Sie einen erheblichen Beitrag zur Beschleunigung und kostengünstigen Abwicklung des Verfahrens. Die übrigen Ermittlungen, insbes. die Beiziehung ärztlicher Befundberichte, werden vom Amt für Versorgung und Soziales durchgeführt, das auch die notwendigen Kosten im Rahmen des Justizvergütungs- und –entschädigungsgesetzes –JVEG– trägt. Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass in diesem Zusammenhang zusätzliche Honorarforderungen von Ärztinnen und Ärzten an Sie nicht zulässig sind, mit Ausnahme der Fälle, in denen Sie selbst Kopien von ärztlichen Befunden anfordern und die dadurch entstehenden Kosten von Ihnen zu tragen sind.

Die Bearbeitung von Anträgen nach dem SGB IX erfordert derzeit durchschnittlich 3-4 Monate. Liegen besondere Umstände (z.B. Kündigung) vor, teilen Sie dies bitte mit. Ihr Antrag kann dann bevorzugt bearbeitet werden.

Sie leisten einen Beitrag zur effektiven Arbeit der Verwaltung, wenn Sie von Rückfragen und Erinnerungen absehen. Wir werden uns selbstverständlich bemühen, über Ihren Antrag so zeitnah wie möglich zu entscheiden und bitten Sie um Ihre Unterstützung und Ihr Verständnis. **Aus Kostengründen wird keine Eingangsbestätigung versandt.**

Das SGB IX ermöglicht schwerbehinderten Menschen u.a. Kündigungsschutz, Anspruch auf Zusatzurlaub, auf besondere Arbeitsberatung und -vermittlung sowie eine begleitende Hilfe im Arbeitsleben, Steuererleichterungen und Rechte zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen.

Zur Geltendmachung dieser Rechte bedarf es

- a) einer Feststellung über den Grad der Behinderung (GdB) in Form eines Bescheides **und**
- b) eines Nachweises über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch durch den Grad der Behinderung und besonderer gesundheitlicher Merkmale in Form eines Ausweises.

#### **Erläuterungen zum Antragsvordruck**

##### **zu Nr. 1 (Steueridentifikationsnummer)**

Die elfstellige Steuer-Identifikationsnummer, die Ihnen schriftlich vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilt wurde, ist personenbezogen und gilt ein Leben lang. Sie ist nicht zu verwechseln mit der Steuernummer beim jeweiligen Finanzamt oder der eTIN, die in der Lohnsteuerbescheinigung angegeben wird. Das „Gesetz zur Modernisierung des Besteuerungsverfahrens“ vom 18.07.2016 – Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 35, S. 1679 sieht eine künftige Datenübermittlung an die Finanzverwaltung vor. Der Steuerpflichtige kann zukünftig mit seinem Antrag auf Feststellung des Vorliegens einer Behinderung gleichzeitig seinen steuerlichen Nachweispflichten nachkommen, indem er um elektronische Weiterleitung der Feststellungen an die Finanzverwaltung bittet. Der Steuerpflichtige muss dann in der Steuererklärung den Behinderten-Pauschbetrag geltend machen, ohne hierfür einen weiteren Nachweis beifügen zu müssen. Teilt der Steuerpflichtige der für die Feststellung einer Behinderung zuständigen Stelle seine Steueridentifikationsnummer (bzw. im Fall der Übertragung, die Daten der behinderten Person) nicht mit, kann von der Finanzverwaltung der Behinderten-Pauschbetrag nach § 33b Absatz 1 bis 3 EStG künftig nicht mehr gewährt werden. So kann der Steuerpflichtige selbst bestimmen, ob seine persönlichen Daten an die Finanzverwaltung übermittelt werden. Die Übermittlung kann erst erfolgen, sobald die Steuerverwaltung die technischen Voraussetzungen geschaffen hat und das Bundesministerium der Finanzen im Einvernehmen mit den obersten Finanzbehörden der Länder im Bundesgesetzblatt den Veranlagungszeitraum bekanntgegeben hat, ab dem die Regelung des § 65 Absatz 3a EStDV erstmals anzuwenden ist

##### **zu Nr. 2**

Die Angabe Ihrer Krankenkasse benötigen wir, weil die überwiegende Mehrzahl der Arztpraxen ihre Patientenkarteien nach diesem Merkmal geordnet hat.

##### **zu Nr. 3**

Nach dem SGB IX können nur die Auswirkungen einer Gesundheitsstörung als Behinderungen festgestellt werden, die nicht nur vorübergehende (d.h. mehr als 6 Monate anhaltende) körperliche, geistige oder seelische Funktionsbeeinträchtigungen verursachen. Gesundheitsstörungen, die ihrer Natur nach vorübergehend sind, stellen keine Behinderungen dar. Überprüfen Sie deshalb, ob die Gesundheitsstörungen, die Sie unter Nr. 3 eintragen, auch Behinderungscharakter haben.

##### **zu Nr. 4**

Den Grad der Behinderung stellt das Amt für Versorgung und Soziales nur dann fest, wenn nicht bereits eine solche Feststellung in einem Rentenbescheid oder einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung getroffen ist. Dafür kommen z.B. die Bescheide der Hessischen Ämter für Versorgung und Soziales, der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. Berufsgenossenschaften) oder der Pensions- und Entschädigungsbehörden über Versorgungs- oder Rentenleistungen in Betracht, wenn der Leistungsgewährung die

Feststellung eines bestimmten MdE-Grades zugrunde liegt (Bescheide eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung über Erwerbsminderung sowie zivilrechtliche Urteile sind nicht ausreichend).

Wenn Sie einen solchen Bescheid besitzen, erteilt das Amt für Versorgung und Soziales keinen Feststellungsbescheid. Es genügt dann, wenn Sie das Formular bis einschließlich Nr. 4 ausfüllen. Wenn Sie ein Interesse an einer darüberhinausgehenden Feststellung geltend machen, weil beispielsweise eine weitere Behinderung vorliegt, müssen Sie auch den übrigen Teil des Vordruckes ausfüllen.

#### **zu Nr. 7**

Sie können die Bearbeitungszeit verkürzen, wenn Sie angeben, welche/r der Sie behandelnden Ärzte/Ärztinnen über alle geltend gemachten Behinderungen Auskunft geben kann und ob bei anderen Dienststellen (med. Dienst der Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft, Gesundheitsamt, Sozialamt, Landeswohlfahrtsverband, Agentur für Arbeit) bereits Untersuchungen vorgenommen und/oder Gutachten erstellt wurden (siehe auch Nr. 5 des Antrags).

Bitte geben Sie nur die Ärztinnen/Ärzte an, die über die unter Nr. 3 eingetragenen Gesundheitsstörungen Auskunft geben können.

Wenn Sie eine Seh- und/oder Hörbehinderung, die nicht durch ein Hilfsmittel ausgleichbar ist, geltend gemacht haben, geben Sie bitte unbedingt den/die behandelnde/n Facharzt/ärztin an.

### **Feststellung weiterer gesundheitlicher Merkmale als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen**

Je nach Art und Umfang der bei Ihnen bestehenden Behinderungen kommt auch ohne zusätzlichen Antrag die Feststellung von Merkzeichen in Betracht, die Ihnen die Inanspruchnahme von so genannten Nachteilsausgleichen ermöglichen. Wenn Sie der Meinung sind, dass durch Ihre Behinderungen die Voraussetzungen für die Feststellung des Merkzeichens "RF" (Befreiung von der Rundfunk- und Fernsehgebührenpflicht) vorliegen, so wird darauf hingewiesen, dass seit dem 01.01.2013 nur noch eine Ermäßigung bei den Rundfunk- und Fernsehgebühren vorgenommen wird. Seit dem 01.01.2013 beginnt die Ermäßigung mit dem Ersten des Monats, zu dem der Gültigkeitszeitraum des Bescheides beginnt, wenn der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach dem Erstellungsdatum des Bescheides gestellt wird. Wird der Antrag erst zu einem späteren Zeitpunkt gestellt, so beginnt die Ermäßigung mit dem Ersten des Monats, der der Antragstellung folgt. Die Antragstellung erfolgt seit dem 01.01.2013 bei dem ARD, ZDF und Deutschlandradio Beitragsservice in 50656 Köln (vormals GEZ). Das hierfür erforderliche Antragsformular ist auch im Hessischen Amt für Versorgung und Soziales erhältlich.

Die Voraussetzungen zur Feststellung des Merkmales "RF" sind erfüllt, wenn Sie

- blind oder so sehbehindert sind, dass allein die Sehbehinderung mit einem GdB von mindestens 60 zu bewerten ist,
- gehörlos oder hörgeschädigt sind und Ihnen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist und allein deshalb ein GdB von wenigstens 50 festzustellen ist,
- wenn Sie wegen der bei Ihnen festgestellten Behinderungen an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können und Ihre Behinderungen einen GdB von 80 bedingen. Hierzu gehören behinderte Menschen, bei denen schwere Bewegungsstörungen - auch durch innere Leiden (schwere Herzleistungsschwäche, schwere Lungenfunktionsstörung) - bestehen, die unter häufigen hirnorganischen Anfällen leiden oder die durch ihre Behinderung auf ihre Umgebung abstoßend oder störend wirken (z.B. durch Entstellung, Geruchsbelästigung, laute Atemgeräusche).

### **Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch**

Zur Verwirklichung der Rechte nach dem SGB IX erhalten Sie auf Ihren Antrag einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch (ab GdB 50), den Grad der Behinderung und ggf. über weitere gesundheitliche Merkmale. Das Amt für Versorgung und Soziales stellt den Ausweis mit Gültigkeit ab dem Tag des Eingangs Ihres Antrags aus, wenn die Voraussetzungen hierfür vorliegen.

Mit diesem Ausweis können die Rechte nach dem SGB IX, anderen Sozialgesetzen und dem Kündigungsschutzgesetz u.a. gegenüber dem Arbeitgeber, dem Finanzamt, der Agentur für Arbeit und dem Integrationsamt beim LWV Hessen wahrgenommen werden.

Der Kündigungsschutz nach dem SGB IX, der die Kündigung seitens des Arbeitgebers von der vorherigen Zustimmung des Integrationsamtes abhängig macht, setzt in der Regel erst mit der Feststellung nach dem SGB IX durch das Amt für Versorgung und Soziales ein. Für weitere Rückfragen zum (vorsorglichen) Kündigungsschutz stehen Ihnen die Integrationsämter gerne zur Verfügung (Adresse siehe unten).

Landeswohlfahrtsverband Hessen - Integrationsamt - Regionalverwaltung Ständeplatz 6-10 34117 Kassel Tel.: 0561/1004-0 Fax: 0561/1004-2595
---

Landeswohlfahrtsverband Hessen - Integrationsamt - Regionalverwaltung Steubenplatz 16 64293 Darmstadt Tel.: 06151/801-300 Fax: 06151/801-234
--

Landeswohlfahrtsverband Hessen - Integrationsamt - Regionalverwaltung Frankfurter Str. 44 65189 Wiesbaden Tel.: 0611/156-0 Fax: 0611/156-209
--

Das Hessische Amt für Versorgung und Soziales ist Ihnen gerne bei der Antragstellung behilflich.

**Ihr Hessisches Amt für Versorgung und Soziales**

**Hinweise zum Datenschutz gem. Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Verordnung (EU) 2016/679) - gültig ab 25.05.2018 –**

- Zum Verbleib bei der Antragstellerin / dem Antragsteller -

Die nachfolgenden Informationen sind Ihnen gemäß Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO- Verordnung (EU) 2016/679) bei Erhebung der personenbezogenen Daten mitzuteilen:

**1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen sowie des behördlichen Datenschutzbeauftragten**

Die Durchführung der Feststellungsverfahren nach dem SGB IX obliegt dem für Ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständigen Hessischen Amt für Versorgung und Soziales (HAVS). Jede dieser Einrichtung hat auch einen Datenschutzbeauftragten. Die zuständige Stelle für die Erhebung der Daten im Rahmen des Feststellungsverfahrens nach dem SGB und mithin Verantwortlicher im Sinne der Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung sind die nachfolgend genannten Stellen:

**HAVS Darmstadt:**

Schottener Weg 3, 64289 Darmstadt

Telefon 06151 738-0 (Zentrale), Fax 0611 327644930

E-Mail: [poststelle@havs-dar.hessen.de](mailto:poststelle@havs-dar.hessen.de)

E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: [datenschutz@havs-dar.hessen.de](mailto:datenschutz@havs-dar.hessen.de)

**HAVS Frankfurt/M.:**

Walter-Möller- Platz 1, 60439 Frankfurt/M.

Telefon 069 1567–1 (Zentrale), Fax: 0611 327644893

E-Mail: [post@havs-fra.hessen.de](mailto:post@havs-fra.hessen.de)

E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: [datenschutz@havs-fra.hessen.de](mailto:datenschutz@havs-fra.hessen.de)

**HAVS Fulda:**

Washingtonallee 2, 36041 Fulda

Telefon 0661 6207–0 (Zentrale), Fax: 0611 327644915

E-Mail: [postmaster@havs-ful.hessen.de](mailto:postmaster@havs-ful.hessen.de)

E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: [datenschutz@havs-ful.hessen.de](mailto:datenschutz@havs-ful.hessen.de)

**HAVS Gießen:**

Südanlage 14 a, 35390 Gießen

Telefon 0641 7936-0 (Zentrale), Fax 0641 7936117

E-Mail: [postmaster@havs-gie.hessen.de](mailto:postmaster@havs-gie.hessen.de)

E-Mail Datenschutzbeauftragter: [datenschutz@havs-gie.hessen.de](mailto:datenschutz@havs-gie.hessen.de)

**HAVS Kassel:**

Mündener Str. 4, 34123 Kassel

Telefon 0561 2099-0 (Zentrale), Fax 0561 2099240

E-Mail: [poststelle@havs-kas.hessen.de](mailto:poststelle@havs-kas.hessen.de)

E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: [datenschutz@havs-kas.hessen.de](mailto:datenschutz@havs-kas.hessen.de)

**HAVS Wiesbaden:**

Mainzer Straße 35 (Zugang über Lessingstraße), 65185 Wiesbaden

Telefon 0611 7157-0 (Zentrale), Fax 0611 327644888

E-Mail: [poststelle@havs-wie.hessen.de](mailto:poststelle@havs-wie.hessen.de)

E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: [datenschutz@havs-wie.hessen.de](mailto:datenschutz@havs-wie.hessen.de)

**2. Zweck und Rechtgrundlage der Datenverarbeitung**

Die Erhebung der personenbezogenen Daten ist notwendig, um über den Feststellungsantrag nach § 152 SGB IX entscheiden zu können (§ 152 SGB IX, § 67a SGB X).

**3. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten**

Ihre personenbezogenen Daten werden folgendermaßen weiterverarbeitet und an weitere zuständige Stellen übermittelt:

Ihre personenbezogenen Daten werden im Verfahren zur Feststellung nach § 152 SGB IX gespeichert und im Rahmen der Sachverhaltsaufklärung an Ihre behandelnden Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten sowie an Gutachter, private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Einrichtungen, Gerichte und Sozialleistungsträger übermittelt, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist (§ 67b Abs.1 SGB X).

Die von dem Hessischen Amt für Versorgung und Soziales erhobenen Daten werden in der von der Hessischen Zentrale für Datenverarbeitung (HZD) betriebenen zentralen Datenbank im Rahmen der Auftragsdatenverwaltung gespeichert und weiterverarbeitet (§ 67c SGB X).

Das Regierungspräsidium Gießen als Fachaufsichtsbehörde für die Durchführung des SGB IX in Hessen hat zur Wahrnehmung seiner Aufgaben Leserechte in der Datenbank.

Medizinische Gutachterinnen und Gutachter, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen Begutachtung bzw. mit der Auswertung der medizinischen Unterlagen beauftragt worden sind, erhalten Zugang über die erhobenen Daten zu Ihrer Gesundheit.

Medizinische Auskünfte und Unterlagen, die die Verwaltung im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB IX über Sie erhalten hat, dürfen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung der betroffenen Leistungsträger erforderlich ist (§§ 69 Abs.1, 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Dieser Datenübermittlung an andere Sozialleistungsträger kann von Ihnen jederzeit widersprochen werden.

#### **4. Quellen der personenbezogenen Daten**

Medizinische Auskünfte und Unterlagen werden entsprechend Ihrer Einwilligungserklärung von Ihren behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen, Psychologen, Psychotherapeuten sowie von Gutachtern, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Einrichtungen und Gerichten eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist.

#### **5. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten**

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der Aufbewahrungsfristen für die Aufgabenerfüllung nach dem SGB IX erforderlich ist. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt die Löschung der Daten.

#### **6. Betroffenenrechte**

Wenn im jeweiligen Einzelfall die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, haben betroffene Personen nach der Datenschutz-Grundverordnung folgende Rechte:

- Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO)
- Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO)
- Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO)

## **7. Beschwerderecht**

Die Berechtigten auf Durchführung eines schwerbehindertenrechtlichen Feststellungsverfahrens in Hessen haben zur Gewährleistung einer fairen und transparenten Datenverarbeitung ein Beschwerderecht. Zuständig hierfür ist

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
 Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden  
 Telefon: 06 11/14 08-0  
 Telefax: 06 11/14 08-611  
 E-Mail: [poststelle@datenschutz.hessen.de](mailto:poststelle@datenschutz.hessen.de)  
 Homepage: <http://www.datenschutz.hessen.de>

## **8. Bereitstellung der personenbezogenen Daten**

Wer Sozialleistungen beantragt, muss nach den §§ 60 ff. SGB I alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen angeben und die verlangten Nachweise vorlegen. Sollten Sie die notwendigen Informationen nicht bereitstellen wollen, kann über Ihren Antrag nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden.

## **9. Widerrufsrecht bei Einwilligung**

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Verantwortlichen durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft beim Verantwortlichen widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

## **10. Weiterverarbeitung zu anderen Zwecken**

Ist beabsichtigt, Ihre personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterzuverarbeiten als den, für den sie im Antragsverfahren erhoben wurden, so stellt der Verantwortliche Ihnen vor dieser Weiterverarbeitung Informationen über diesen anderen Zweck und alle anderen maßgeblichen Informationen zur Verfügung.