Bitte drucken Sie diesen Antrag einseitig aus!

Achtung: Ausfüllbares und speicherbares PDF-Formular! Zur vollumfänglichen Nutzung wird der AdobeReader in der aktuellsten Version empfohlen! Generell empfiehlt es sich bei browserbedingten Problemen mit PDF-Formularen, diese auf die Festplatte zu speichern und dort, d.h. außerhalb eines Browsers, zu öffnen.

Antrag auf Feststellung/Neufeststellung von Behinderungen und Merkzeichen

nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Bevor Sie diesen Antragsvordruck vollständig ausfüllen, lesen Sie bitte die im beiliegenden Merkblatt enthaltenen Hinweise.

Bitte in Blockschrift ausfüllen! Zutreffendes bitte ankreuzen!

SACHSEN-ANHALT

Landesverwaltungsamt
- Schwerbehindertenrecht -
Feststellungsverfahren

Eingangsstempel

Aktenzeichen

Adressauswahl

Bereich Halle

Bereich Magdeburg

Adressfeld öffnen

☐ Erstantrag ☐ Änderungsantrag

auf Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) und von Merkzeichen nach § 152 Abs. 1 und 4 SGB IX

weitere Angaben bei Änderungsantrag
Name und Anschrift der feststellenden Behörde:

früheres Geschäftszeichen/Aktenzeichen:

1. Angaben zur Person

Name

Vorname | Geburtsname

Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit | Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ keine Angabe

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefon-Nr. | E-Mail-Adresse

Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID)
(Bitte beachten Sie die Hinweise in Nr. 1 der ERLÄUTERUNGEN)

Berufstätigkeit
Ich bin berufstätig ☐ ja ☐ nein

Sind Sie **Ausländer/in und nicht EU-Bürger/in** fügen Sie bitte eine amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt bei.

Sind Sie **Grenzarbeitnehmer/in**, dann fügen Sie bitte eine Arbeitsbescheinigung Ihrer/s jetzigen Arbeitgeberin/Arbeitgebers und einen Nachweis über Ihren Wohnsitz im Ausland bei.

2. Bevollmächtigte, gesetzliche Vertreter, Betreuer (bitte Bestallungsurkunde bzw. Vollmacht in Kopie beifügen)

Der im Verfahren anfallende Schriftverkehr, einschließlich des Bescheides, erfolgt über den Bevollmächtigten.
Er darf gegenüber dem Landesverwaltungsamt für die antragstellende Person rechtsverbindliche Erklärungen abgeben.

Name, Vorname

Anschrift | Telefon-Nr.

3. Angaben über die Gesundheitsstörungen

(Bitte beachten Sie die Hinweise in Nr. 3 der ERLÄUTERUNGEN!)

Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen sollen bei der Feststellung berücksichtigt werden? Bei Änderungen geben Sie bitte nur Störungen an, die sich verschlimmert haben bzw. die hinzugetreten sind.

	Gesundheitsstörungen	**Ursache (Ziffer)**
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

mögliche Ursachen:

1 = Arbeitsunfall/ Berufskrankheit
2 = Krankheit
3 = angeborenes Leiden
4 = Kriegs-/Wehr-/ Zivildienstleiden
5 = Verkehrsunfall (nicht Arbeitsunfall)
6 = häuslicher Unfall (nicht Arbeitsunfall)
7 = sonstige oder mehrere Ursachen

Zusätzlich erforderliche Angaben bei bestehender Diabeteserkrankung:

Die Blutzuckerwerte werden ☐ handschriftlich ☐ elektronisch erfasst.

Bitte übersenden Sie die Dokumentation der Blutzuckerwerte für die letzten 3 Monate.

4. Angaben zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen

(Bitte beachten Sie die Hinweise in Nr. 4 der ERLÄUTERUNGEN!)

Ich beantrage die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für folgende Merkzeichen:

☐ **G** ☐ **aG** ☐ **H** ☐ **RF** ☐ **B** ☐ **Bl** ☐ **Gl** ☐ **TBl**

5. anderweitige Feststellungen

Bitte machen Sie hier Angaben zur Anerkennung von Schädigungsfolgen, Erwerbsminderungen oder Behinderungsgraden, die Sie von anderen Behörden oder Leistungsträgern erhalten haben.

a) Wurde für Sie bereits durch eine andere Behörde ein Feststellungsverfahren nach Schwerbehindertenrecht durchgeführt - z.B. im Bundesland Ihres früheren Wohnsitzes?

☐ nein ☐ ja → **Bitte Feststellungsbescheid (in Kopie) beifügen!**

für folgende Behinderungen	Höhe des festgestellten GdB	feststellende Behörde(n)	Aktenzeichen

b) Haben Sie wegen der geltend gemachten Gesundheitsstörung(en) bei einer anderen Stelle die Anerkennung als Schädigungsfolge oder als Erwerbsminderung beantragt oder liegt Ihnen darüber eine Feststellung vor z.B. im Falle eines Arbeitsunfalls bei der Berufsgenossenschaft, im Falle einer Gewalttat beim Landesverwaltungsamt, Referat Soziales Entschädigungsrecht, im Falle einer Dienstbeschädigung bei Ihrem Dienstherrn?

☐ nein ☐ ja → **Bitte Feststellungsbescheide oder -unterlagen (in Kopie) beifügen!**

für folgende Behinderungen	Höhe der/des festgestellten MdE/GdS	feststellende Behörde(n)	Aktenzeichen

6. Bei bestehender Blindheit, hochgradiger Sehbehinderung oder Gehörlosigkeit

a) Falls Sie blind oder hochgradig sehbehindert sind:
Haben Sie bereits einen Antrag auf Gewährung von Blindengeld oder Blindenhilfe gestellt oder erhalten Sie wegen Blindheit Leistungen nach anderen gesetzlichen Vorschriften (z.B. Leistungen aus der Unfallversicherung, nach dem sozialen Entschädigungsrecht, als Kriegsbeschädigter, Wehrdienstbeschädigter oder Gewaltopfer)?

☐ nein ☐ ja →

Aktenzeichen	Behörde/Stelle

b) Falls Sie gehörlos sind:
Haben Sie bereits einen Antrag auf Gewährung von Gehörlosengeld gestellt oder beziehen Sie Gehörlosengeld wegen Gehörlosigkeit?

☐ nein ☐ ja →

Aktenzeichen	Behörde/Stelle

7. Erhalten Sie Pflegeleistungen nach dem SGB XI?

Wenn ja, geben Sie bitte die Anschrift Ihrer Pflegekasse oder privaten Pflegeversicherung an sowie Ihren Pflegegrad.

☐ nein ☐ ja →

Name und Anschrift
Versicherungsnummer

Ich erhalte Pflegeleistungen nach

☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5

8. Ärztliche Behandlungen zu den Gesundheitsstörungen

(Bitte beachten Sie die Hinweise in Nr. 8 der ERLÄUTERUNGEN)

Hausarzt

Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Gesundheitsstörung		**letzte Behandlung (Monat/Jahr)**

Fachärzte

1) Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Fachgebiet	**in Behandlung wegen***	**letzte Behandlung (Monat/Jahr)**	**Unterlagen beim Hausarzt** ☐ ja ☐ nein
2) Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Fachgebiet	**in Behandlung wegen***	**letzte Behandlung (Monat/Jahr)**	**Unterlagen beim Hausarzt** ☐ ja ☐ nein
3) Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Fachgebiet	**in Behandlung wegen***	**letzte Behandlung (Monat/Jahr)**	**Unterlagen beim Hausarzt** ☐ ja ☐ nein
4) Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Fachgebiet	**in Behandlung wegen***	**letzte Behandlung (Monat/Jahr)**	**Unterlagen beim Hausarzt** ☐ ja ☐ nein

* Anstelle der Gesundheitsstörung können Sie hier die Zeilennummer vermerken, unter der Sie die Gesundheitsstörung in Ziffer 3 des Antrags aufgeführt haben.

9. Krankenhausbehandlung wegen einer Gesundheitsstörung in den letzten 2 Jahren

Bitte geben Sie unbedingt auch die Abteilung bzw. Station an, auf der Sie behandelt wurden!

1) Name der Klinik		Fachgebiet
Abteilung/Station	Behandlung (von-bis)	☐ ambulant ☐ stationär
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Unterlagen beim Hausarzt ☐ ja ☐ nein
2) Name der Klinik		Fachgebiet
Abteilung/Station	Behandlung (von-bis)	☐ ambulant ☐ stationär
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Unterlagen beim Hausarzt ☐ ja ☐ nein

10. Kurbehandlung/Reha-Behandlung wegen einer Gesundheitsstörung in den letzten 2 Jahren

Bitte geben Sie unbedingt den Namen und die Anschrift des Leistungsträgers an, der die Kosten des Rehabilitationsverfahrens/der Kur getragen hat (Kostenträger), da die Unterlagen häufig nur von dort zu erhalten sind.

Name der Klinik		Fachgebiet
Abteilung/Station	Behandlung (von-bis)	☐ ambulant ☐ stationär
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Unterlagen beim Hausarzt ☐ ja ☐ nein
Name des Kostenträgers		Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Aktenzeichen

11. Untersuchung von anderer Stelle in den letzten 2 Jahren

Wurden Sie in den letzten 2 Jahren von einer anderen Stelle untersucht, z.B. Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft, Agentur für Arbeit, Medizinischer Dienst oder sonstige?

☐ nein ☐ ja, am →	Datum	Aktenzeichen
Stelle	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

12. Landesblindengeld/Gehörlosengeld

(Bitte beachten Sie die Hinweise in Nr. 12 der ERLÄUTERUNGEN!)

Falls Sie die Zuerkennung des Merkzeichens „Bl“ (Blind) und/oder „Gl" (Gehörlos) beantragen oder hochgradig sehbehindert sind, können Sie hier formlos die Gewährung von Blinden- und/oder Gehörlosengeld nach dem Landesblinden- und Gehörlosengeldgesetz des Landes Sachsen-Anhalt beantragen.
Bitte vergessen Sie nicht, diesen Antrag zu unterschreiben. Ein Antragsformular für weitergehende Angaben senden wir Ihnen unaufgefordert zu.

☐ Ja, ich beantrage die Gewährung von Landesblindengeld.

☐ Ja, ich beantrage die Gewährung von Gehörlosengeld.

Unterschrift

13. Feststellungsbeginn

(Bitte beachten Sie die Hinweise in Nr. 13 der ERLÄUTERUNGEN!)

Die Feststellung ist ab dem Tag des Antragseingangs gültig. Wenn Sie ein **besonderes Interesse** glaubhaft machen (z.B. Steuer/ Rente), kann auch ein früherer Gültigkeitszeitpunkt bescheinigt werden.

Das Finanzamt gewährt den Pauschbetrag nach dem Einkommenssteuergesetz (EStG) bereits für das Jahr der Antragstellung, wenn die Voraussetzungen an mindestens einem Tag im Kalenderjahr vorgelegen haben.

Ich beantrage die Feststellung ☐ ab Antragseingang ☐ rückwirkend ab → Datum

wegen ☐ Steuer ☐ Rente ☐ sonstiges →

14. Passbild

Ab einem Behinderungsgrad von 50 wird ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt. Dafür benötigen wir von Ihnen ein aktuelles Passbild in Farbe (35 mm x 45 mm im Hochformat). Für Kinder unter 10 Jahren ist kein Passbild erforderlich. Bitte kennzeichnen Sie das Foto auf der Rückseite mit Ihrem Vor- und Nachnamen und dem Geburtsdatum.
Ihr Passbild wird zur Fertigung des Ausweises elektronisch erfasst und für 10 Jahre gespeichert. Sie können der Speicherung jederzeit widersprechen.

15. Einverständnis zur Datenübermittlung an die Finanzverwaltung

(Bitte beachten Sie die Hinweise zum Behindertenpauschbetrag in Nr. 1 der ERLÄUTERUNGEN!)

Mit der **Übermittlung** der zur Inanspruchnahme des Behindertenpauschbetrages **erforderlichen Daten an die Finanzverwaltung** bin ich einverstanden.

☐ ja ☐ nein

16. Erklärung und Unterschrift

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe und ein übersandtes Passbild mich bzw. die von mir vertretene Person darstellt.

Ort, Datum	Unterschrift

bei Vertretung oder Bevollmächtigung:

☐ als gesetzlicher Vertreter oder gerichtlich bestellter Betreuer (Betreuerausweis bitte beifügen)

☐ als Bevollmächtigter (Vollmacht bitte beifügen)

17. Anlagen

Als Anlagen sind beigefügt:

☐ 5 unterschriebene Einverständniserklärungen

☐ Dokumentation der Blutzuckerwerte (nur bei Diabetes)

☐ Kopie Vollmacht oder Betreuerausweis

☐ Passbild

☐ medizinische Unterlagen

☐ Kopie Aufenthaltstitel

☐

☐

Hinweis: Das Formular bitte nur einseitig drucken

Eingaben entfernen

18. Einverständniserklärung (Bitte alle 5 Erklärungen ausfüllen und unterschreiben)

Name, Vorname der antragstellenden Person
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Diese Erklärung gilt sowohl für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren nach § 152 SGB IX, als auch für ein sich anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich ebenfalls auf die während des Verfahrens eingetretenen Sachverhalte und gefertigten Unterlagen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

das Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt (LVwA) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) beizieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem LVwA im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde. Ich bin damit einverstanden, dass das LVwA die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung beizieht.

Ich entbinde die im Antrag genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des LVwA, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Mir ist bekannt, dass für ärztliche Unterlagen, die ich diesem Antrag beigefügt habe bzw. im Laufe des Antragsverfahrens beibringe, keine Kosten übernommen werden.

Bitte beachten Sie die Hinweise in Nr. 18 der ERLÄUTERUNGEN!

Ort, Datum	Unterschrift

Die Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht können Sie jederzeit gegenüber dem LVwA widerrufen oder einschränken. Der Widerruf bzw. die Einschränkung wirkt ab dem Zeitpunkt der Erklärung; die Datenverarbeitung vor dem Widerruf bzw. der Einschränkung erfolgt wirksam.

18. Einverständniserklärung (Bitte alle 5 Erklärungen ausfüllen und unterschreiben)

Name, Vorname der antragstellenden Person
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Diese Erklärung gilt sowohl für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren nach § 152 SGB IX, als auch für ein sich anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich ebenfalls auf die während des Verfahrens eingetretenen Sachverhalte und gefertigten Unterlagen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

das Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt (LVwA) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) beizieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem LVwA im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde. Ich bin damit einverstanden, dass das LVwA die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung beizieht.

Ich entbinde die im Antrag genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des LVwA, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Mir ist bekannt, dass für ärztliche Unterlagen, die ich diesem Antrag beigefügt habe bzw. im Laufe des Antragsverfahrens beibringe, keine Kosten übernommen werden.

Bitte beachten Sie die Hinweise in Nr. 18 der ERLÄUTERUNGEN!

Ort, Datum	Unterschrift

Die Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht können Sie jederzeit gegenüber dem LVwA widerrufen oder einschränken. Der Widerruf bzw. die Einschränkung wirkt ab dem Zeitpunkt der Erklärung; die Datenverarbeitung vor dem Widerruf bzw. der Einschränkung erfolgt wirksam.

18. Einverständniserklärung (Bitte alle 5 Erklärungen ausfüllen und unterschreiben)

Name, Vorname der antragstellenden Person
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Diese Erklärung gilt sowohl für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren nach § 152 SGB IX, als auch für ein sich anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich ebenfalls auf die während des Verfahrens eingetretenen Sachverhalte und gefertigten Unterlagen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

das Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt (LVwA) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) beizieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem LVwA im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde. Ich bin damit einverstanden, dass das LVwA die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung beizieht.

Ich entbinde die im Antrag genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des LVwA, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Mir ist bekannt, dass für ärztliche Unterlagen, die ich diesem Antrag beigefügt habe bzw. im Laufe des Antragsverfahrens beibringe, keine Kosten übernommen werden.

Bitte beachten Sie die Hinweise in Nr. 18 der ERLÄUTERUNGEN!

Ort, Datum	Unterschrift

Die Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht können Sie jederzeit gegenüber dem LVwA widerrufen oder einschränken. Der Widerruf bzw. die Einschränkung wirkt ab dem Zeitpunkt der Erklärung; die Datenverarbeitung vor dem Widerruf bzw. der Einschränkung erfolgt wirksam.

18. Einverständniserklärung (Bitte alle 5 Erklärungen ausfüllen und unterschreiben)

Name, Vorname der antragstellenden Person
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Diese Erklärung gilt sowohl für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren nach § 152 SGB IX, als auch für ein sich anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich ebenfalls auf die während des Verfahrens eingetretenen Sachverhalte und gefertigten Unterlagen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

das Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt (LVwA) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) beizieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem LVwA im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde. Ich bin damit einverstanden, dass das LVwA die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung beizieht.

Ich entbinde die im Antrag genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des LVwA, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Mir ist bekannt, dass für ärztliche Unterlagen, die ich diesem Antrag beigefügt habe bzw. im Laufe des Antragsverfahrens beibringe, keine Kosten übernommen werden.

Bitte beachten Sie die Hinweise in Nr. 18 der ERLÄUTERUNGEN!

Ort, Datum	Unterschrift

Die Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht können Sie jederzeit gegenüber dem LVwA widerrufen oder einschränken. Der Widerruf bzw. die Einschränkung wirkt ab dem Zeitpunkt der Erklärung; die Datenverarbeitung vor dem Widerruf bzw. der Einschränkung erfolgt wirksam.

18. Einverständniserklärung (Bitte alle 5 Erklärungen ausfüllen und unterschreiben)

Name, Vorname der antragstellenden Person
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Diese Erklärung gilt sowohl für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren nach § 152 SGB IX, als auch für ein sich anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich ebenfalls auf die während des Verfahrens eingetretenen Sachverhalte und gefertigten Unterlagen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

das Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt (LVwA) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) beizieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem LVwA im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde. Ich bin damit einverstanden, dass das LVwA die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung beizieht.

Ich entbinde die im Antrag genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des LVwA, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Mir ist bekannt, dass für ärztliche Unterlagen, die ich diesem Antrag beigefügt habe bzw. im Laufe des Antragsverfahrens beibringe, keine Kosten übernommen werden.

Bitte beachten Sie die Hinweise in Nr. 18 der ERLÄUTERUNGEN!

Ort, Datum	Unterschrift

Die Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht können Sie jederzeit gegenüber dem LVwA widerrufen oder einschränken. Der Widerruf bzw. die Einschränkung wirkt ab dem Zeitpunkt der Erklärung; die Datenverarbeitung vor dem Widerruf bzw. der Einschränkung erfolgt wirksam.

Bitte trennen Sie die Hinweise zum Datenschutz sowie die ERLÄUTERUNGEN ab und nehmen Sie diese zu Ihren Unterlagen, damit Sie diese Informationen immer greifbar haben.

1. Datenschutzhinweise

Die Angaben in diesem Formular benötigen wir, um Ihren Antrag auf Feststellung einer Behinderung, eines Grades der Behinderung sowie von Nachteilsausgleichen/Merkzeichen zu bearbeiten. Die Rechtsgrundlage dafür ist § 152 SGB IX.

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine oder unvollständige Angaben machen, können wir Ihren Antrag möglicherweise nicht umfassend bearbeiten und Ihren GdB nicht in der richtigen Höhe ermitteln.

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir in elektronischer Form.

Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a, Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a EU-DSGVO in Verbindung mit §§ 67ff. SGB X.

Zur Bearbeitung Ihres Antrages werden wir andere Personen und Stellen um Übermittlung von Daten bitten. Wir werden die Ärzte und sonstigen Stellen, die Sie in diesem Antrag angegeben haben, anschreiben und sie um Übersendung von Befundberichten über Ihre Gesundheitsstörungen bitten.

Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens werden Ihre Daten regelmäßig dem Versorgungsärztlichen Dienst des Landesverwaltungsamtes Sachsen-Anhalt bzw. externen medizinischen Sachverständigen zur unabhängigen sozialmedizinischen Begutachtung nach Aktenlage übermittelt.

In begründeten Fällen besteht die Möglichkeit, Sie durch einen Gutachter untersuchen zu lassen. Auch hier werden Ihre ärztlichen Unterlagen zuvor an den Gutachter weitergegeben.

Der Übermittlung Ihrer Sozialdaten können Sie jederzeit nach § 76 Abs. 2 SGB X widersprechen.

Ihre Pflicht zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I. Sofern Sie dieser Pflicht nicht nachkommen, kann die Feststellung nach dem SGB IX ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind.

2. Sie haben folgende Rechte:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns eine **kostenlose Kopie** dieser Daten verlangen.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die **Verarbeitung** Ihrer Daten **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können Ihre **Einwilligung** in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.

Sie können sich beim Landesbeauftragten für den Datenschutz des Landes Sachsen-Anhalt beschweren.

Für dieses Formular ist das Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt (LVwA ST) verantwortlich.

Mit dem behördlichen Datenschutzbeauftragten des LVwA ST können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

per Post: Landesverwaltungsamt
Datenschutzbeauftragter
06096 Halle (Saale)

per E-Mail: datenschutz@lvwa.sachsen-anhalt.de

ERLÄUTERUNGEN
zum Ausfüllen des Antrags auf Feststellung bzw. Neufeststellung von Behinderungen

Zu 1.

Nach dem Gesetz zur Modernisierung des Besteuerungsverfahrens vom 18.07.2016 sollen Daten für die **Inanspruchnahme des Behinderten-Pauschbetrages** (Höhe des Grades der Behinderung -GdB, Merkzeichen etc.) zukünftig ausschließlich elektronisch an die Finanzverwaltung übermittelt werden. Hierfür ist die Angabe der persönlichen 11-stelligen Steuer-Identifikationsnummer notwendig. Die Steuer-ID (erhalten auch Kinder und Jugendliche) wurde Ihnen schriftlich vom Bundeszentralamt für Steuern übermittelt. Sie 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 ist.

Nach Einführung der elektronischen Datenübermittlung haben Sie keine Möglichkeit mehr, beim Finanzamt den Nachweis selbst durch Vorlage des Schwerbehindertenausweises oder einer Bescheinigung zu erbringen. Um weiterhin den Behinderten-Pauschbetrag nach § 33b Abs. 1 bis 3 EstG geltend machen zu können, **müssen Sie zwingend Ihre persönliche Steuer-Identifikationsnummer (bzw. die der antragstellenden Person) angeben und in Ziffer 15 des Antrags Ihre Zustimmung zur Datenübermittlung erteilen!**

Für **erwerbstätige Antragsteller/innen**, deren Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch noch nicht festgestellt wurde, gelten besondere Regelungen zum Kündigungsschutz sowie für dieses Antragsverfahren. Daher werden im Antrag auch Angaben zur Erwerbstätigkeit erhoben. Die besonderen Regelungen gelten nur für Menschen in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen - nicht für selbständig Tätige.

Ein besonderer Kündigungsschutz am Arbeitsplatz besteht, wenn Sie im Zeitpunkt der Kündigung Ihre Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch nachweisen können oder wenn Ihre Schwerbehinderung offensichtlich ist. Dies gilt nicht, wenn wegen Ihrer fehlenden Mitwirkung über den Antrag noch nicht entschieden werden konnte. Ihre Mitwirkungspflicht haben Sie in der Regel erfüllt, wenn Sie einen ausgefüllten und unterschriebenen Antragsvordruck vorlegen, mit dem Sie hinsichtlich der beigefügten oder noch beizuziehenden Unterlagen die angegebenen Ärzte und Dritte von der Schweigepflicht entbinden.

In der Zeit zwischen der Antragstellung und Entscheidung ist für Sie und Ihren Arbeitgeber noch unklar, ob Ihnen die Rechte und Nachteilsausgleiche als schwerbehinderter Mensch zustehen. Daher hat der Gesetzgeber sowohl für die Fertigung des ärztlichen Gutachtens als auch für die Erteilung des Bescheides verkürzte Bearbeitungsfristen vorgeschrieben. Falls Sie an Ihrem Arbeitsplatz akut von Kündigung bedroht sind und den besonderen Kündigungsschutz nach dem SGB IX in Anspruch nehmen wollen, wird dringend empfohlen, sich telefonisch mit dem Landesverwaltungsamt in Verbindung zu setzen, um Möglichkeiten der Verfahrensbeschleunigung wahrnehmen zu können.

Zu 3.

Eine Behinderung im Sinne des Gesetzes liegt nur dann vor, wenn der behinderungsbedingte Zustand **länger als 6 Monate** besteht.

Geben Sie bitte alle Gesundheitsstörungen an, die als Behinderung festgestellt werden sollen. Sie müssen die Gesundheitsstörungen nicht mit den genauen medizinischen Fachausdrücken benennen. Es reicht aus, wenn Sie z.B. „Bluthochdruck“ oder „Herzerkrankung“ eintragen.

Wenn Sie aktuelle Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Krankenhausberichte, EKG, Labor- und Röntgenbefunde - keine Röntgenbilder!) haben, fügen Sie diese bitte dem Antrag in Kopie bei. Dadurch können Sie zur Beschleunigung des Verfahrens beitragen. Kosten hierfür werden nicht ersetzt.

Zu 4.

Wenn Sie der Auffassung sind, dass gesundheitliche Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen vorliegen, kreuzen Sie bitte jeweils das entsprechende Kästchen an.

Erläuterungen zu den Merkzeichen:

G **erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr**
Das Merkzeichen G steht Menschen zu, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind und dadurch Wegstrecken nur mit Schwierigkeiten bewältigen können. Die Bewegungsfähigkeit kann durch ein eingeschränktes Gehvermögen (auch durch innere Leiden), eine gestörte Orientierungsfähigkeit oder Infolge von Anfällen beeinträchtigt sein.

aG **außergewönliche Gehbehinderung**
Das Merkzeichen aG steht Menschen zu, die sich wegen der Schwere ihrer Beeinträchtigungen nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Die Teilhabebeeinträchtigung, die die Gehfähigkeit in diesem Ausmaß einschränkt, muss einen GdB von mindestens 80 bedingen. Zu den außergewöhnlich Gehbehinderten zählen insbesondere Menschen, die aus medizinischer Notwendigkeit dauerhaft, auch für sehr kurze Entfernungen, zwingend auf einen Rollstuhl angewiesen sind.

H **Hilflosigkeit**
Hilflos ist ein Mensch, wenn er für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf.

RF **Ermäßigung des Rundfunkbeitrages**
Aus gesundheitlichen Gründen erhalten folgende Menschen eine Ermäßigung des Rundfunkbeitrages:
- Blinde oder nicht nur vorübergehend wesentlich Sehbehinderte mit einem GdB von wenigstens 60 allein wegen der Sehbehinderung.
- Hörgeschädigte, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist.

Eine Ermäßigung des Rundfunkbeitrages erhalten auch die schwerbehinderten Menschen mit einem GdB von wenigstens 80, die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können. Diese behinderten Menschen müssen allgemein von öffentlichen Zusammenkünften ausgeschlossen sein. Es genügt nicht, dass sich die Teilnahme an einzelnen, nur gelegentlich stattfindenden Veranstaltungen -bestimmter Art- verbietet.

B **Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson**
Das Merkzeichen B steht Menschen zu, die wegen ihrer Behinderung öffentliche Verkehrsmittel regelmäßig nur mit fremder Hilfe benutzen können.

Bl **Blindheit**
Menschen sind blind, wenn ihnen das Augenlicht vollständig fehlt. Als blind gelten auch Menschen, die auf dem besseren Auge eine Sehschärfe von nicht mehr als 1/50 haben oder bei denen so schwerwiegende andere Störungen des Sehvermögens vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichzustellen sind.

Gl **Gehörlosigkeit**
Gehörlos ist ein Mensch, bei dem Taubheit beiderseits oder eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit beiderseits, verbunden mit schweren Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz) vorliegen. In der Regel zählen hierzu hörbehinderte Menschen, bei denen die Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit angeboren oder in der Kindheit erworben ist.

TBl **Taubblind**
Das Merkzeichen TBl steht Menschen zu, denen wegen ihrer Hörbehinderung ein einzelner GdB von mindestens 70 und wegen ihrer Sehbehinderung ein einzelner GdB von 100 zuerkannt ist.

Zu 8.

Tragen Sie bitte nur die Ärzte ein, die Ihre unter Nr. 3 genannten Gesundheitsstörungen in den letzten 2 Jahren behandelt haben. Die genaue Angabe der Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte ist besonders wichtig. Sie vermeiden damit Rückfragen und andere Verzögerungen bei der Bearbeitung Ihres Antrags.

Zu 12.	Die Ergebnisse des Schwerbehinderten-Feststellungsverfahrens sind maßgeblich für die Frage, ob Sie einen Anspruch auf **Landesblinden- oder Gehörlosengeld** haben. Ihr Antrag auf Landesblinden- oder Gehörlosengeld kann daher erst bearbeitet werden, wenn das Feststellungsverfahren nach dem SGB IX abgeschlossen ist.
Zu 13.	Sofern Sie ein besonderes Interesse (z.B. steuerliche Gründe) an der Feststellung haben, dass Schwerbehinderung, Grad der Behinderung oder gesundheitliche Merkmale schon vor der Antragstellung vorgelegen haben, tragen Sie bitte das entsprechende Datum ein und geben Sie den Grund an. Bitte beachten Sie, dass der Behinderten-Pauschbetrag vom Finanzamt für das gesamte Jahr der Antragstellung gewährt wird, auch wenn die Voraussetzungen nur an mindestens einem Tag im Jahr vorgelegen haben.
Zu 18.	Die Einverständniserklärungen sind ausschließlich von der antragstellenden Person oder dem gesetzlichen Vertreter oder gerichtlich bestellten Betreuer oder dem Inhaber einer dementsprechenden Vollmacht zu unterschreiben. Ohne unterschriebene Einverständniserklärung dürfen keine ärztlichen Befunde beigezogen werden, so dass Ihr Antrag nicht bearbeitet werden kann.
	<u>Informationen zum Verfahrensablauf</u> Wenn dieser ausgefüllte und unterschriebene Antragsvordruck dem Landesverwaltungsamt vorliegt und die eventuell von Ihnen beigefügten Unterlagen für eine Feststellung nicht ausreichen, werden von Ihnen benannte Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Stellen (z.B. Rentenversicherungsträger, Pflegekasse, Gericht) angeschrieben. Diese werden gebeten, medizinische Unterlagen über die bei Ihnen vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu übersenden. Kosten entstehen Ihnen dadurch nicht. Falls Sie Unterlagen selbst besorgen, können Aufwendungen hierfür (zum Beispiel Porto, Kosten für Atteste oder Gutachten) allerdings im Feststellungsverfahren nicht erstattet werden. Sobald die notwendigen medizinischen Unterlagen vorliegen, werden sie unter ärztlicher Beteiligung ausgewertet. Unter Berücksichtigung der medizinisch-gutachtlichen Prüfung wird dann vom Landesverwaltungsamt der Feststellungsbescheid erteilt. Wenn die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch festgestellt wird und uns ein Lichtbild vorliegt, wird Ihnen mit dem Bescheid auch der Schwerbehindertenausweis übersandt. Das Landesverwaltungsamt ist bemüht, über Ihren Antrag alsbald zu entscheiden. Angeschriebene Ärzte und Stellen werden gebeten, die erforderlichen Unterlagen umgehend zu übersenden. Es lässt sich aber nicht erzwingen, dass alle erforderlichen Unterlagen ohne Verzögerung übersandt werden. Daher nimmt die Antragsbearbeitung erfahrungsgemäß einige Monate in Anspruch. Bitte bedenken Sie dies, wenn Sie sich nach dem Stand Ihrer Angelegenheit erkundigen möchten. Sie können auf den folgenden Wegen mit dem LVwA ST Kontakt aufnehmen: per Post Landesverwaltungsamt Schwerbehindertenrecht - Feststellungsverfahren 06096 Halle (Saale) oder PF 1963, 39009 Magdeburg per Telefon: dienstags und donnerstags von 9 bis 12 Uhr und von 13 bis 15:30 Uhr Halle: (0345) 514 3350 oder Magdeburg: (0391) 567 2680 per E-Mail: Halle: Schwerbehindertenrecht37@lvwa.sachsen-anhalt.de Magdeburg: Schwerbehindertenrecht38@lvwa.sachsen-anhalt.de