



Änderungen nach § 152 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX)

Schwerbehindertenrecht

Az.: _____

- Wir müssen Ihre gesundheitlichen Verhältnisse überprüfen. Bitte teilen Sie uns unter Ziffer III. Ihre/n behandelnden Arzt/Ärzte mit.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Landratsamt

Änderungsantrag

Ich beantrage:

- die Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) wegen Verschlimmerung der bisher berücksichtigten Gesundheitsstörungen / neu aufgetretener Gesundheitsstörungen
- die Feststellung weiterer gesundheitlicher Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen **und zwar:**
- Merkzeichen „G“ (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr / bei der Kfz-Steuer wegen erheblicher Gehbehinderung)
 - Merkzeichen „Gl“ (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr/bei der Kfz-Steuer wegen Gehörlosigkeit)
 - Merkzeichen „B“ (Freifahrt für eine Begleitperson, wenn eine Berechtigung zur Mitnahme besteht)
 - Merkzeichen „aG“ (Parkerleichterung wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung, z.B. Querschnittgelähmte)
 - Merkzeichen „H“ (Nachteilsausgleiche wegen Hilflosigkeit, Notwendigkeit dauernder Hilfe in erheblichem Umfang)
 - Merkzeichen „RF“ (Rundfunkbeitragsermäßigung und Sozialtarif für Telefonanschlüsse)
 - Merkzeichen „Bl“ (Blindheit)
 - Merkzeichen „TBl“ (Taubblindheit)

I. Angaben zur Person


- Bitte in Blockschrift ausfüllen -

<p style="text-align: center;"><u>Nur angeben, wenn oben nicht eingedruckt!</u></p> <p>1. Name _____</p> <p>Vorname _____</p> <p>Geburtsdatum _____</p> <p>tagsüber tel. zu erreichen unter: _____</p>	<p>2. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (sofern geändert)</p> <p>Straße, Hausnummer: _____</p> <p>Postleitzahl, Ort: _____</p>
<p>4. Aufenthaltsbescheinigung</p> <p>Ausländische Antragsteller (außer Unionsbürger): Bitte Pass (Kopie) vorlegen</p> <p>Bitte fügen Sie eine amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Duldung bei oder lassen Sie die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen, soweit dem Landratsamt ein nicht weiterhin gültiger unbefristeter Aufenthaltstitel vorliegt.</p> <p>Grenzarbeitnehmer:</p> <p>Bitte fügen Sie eine Arbeitsbescheinigung Ihres derzeitigen Arbeitgebers und ggf. eine Arbeiterlaubnis bei.</p>	<p>3. Sind Sie erwerbstätig? ja <input type="checkbox"/></p> <p>Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf.</p> <p><input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis/Niederlassungserlaubnis/Erlaubnis zum Dauer- aufenthalt-EG/Aufenthaltsgestattung</p> <p>erteilt am _____ ggf.: gültig bis: _____</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> nur Duldung erteilt am _____ gültig bis _____</p> <p>Ausländerbehörde Im Auftrag</p> <p>_____</p> <p>Datum, Stempel, Unterschrift</p>

II. Angaben über die Gesundheitsstörungen / Erklärungen

Welche der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen haben sich verschlimmert oder sind seit der letzten Entscheidung neu aufgetreten ?	Ursache: z.B. angeborene Gesundheitsstörungen, Arbeits- , Verkehrs-, häuslicher Unfall , Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat, Impfschaden, sonstige Ursachen
①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	
2. Soll Ihr Antrag alle Gesundheitsstörungen , die sich aus den ärztlichen Unterlagen ergeben - auch wenn sie unter II.1 von Ihnen nicht aufgeführt wurden - umfassen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wir empfehlen Ihnen, Ihren behandelnden Arzt über den Antrag zu unterrichten. Beachten Sie bitte, dass die nicht zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen auch nicht in die Bewertung des Grades der Behinderung einbezogen werden können.	

III. Angaben zu behandelnden Ärzten / Fachärzten / Kliniken

1. Hausarzt	wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen)		
Name: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	bitte Spalte un- bedingt aus- füllen 
2. Fachärzte / Fachrichtung			
Name/Fachrichtung: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch den Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name/Fachrichtung: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name/Fachrichtung: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name/Fachrichtung: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3. Krankenhausbehandlungen		wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen)
Name:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis
Abteilung, Station:		_____
Straße:		<input type="checkbox"/> stationär
PLZ/Ort:		<input type="checkbox"/> ambulant
Name:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis
Abteilung, Station:		_____
Straße:		<input type="checkbox"/> stationär
PLZ/Ort:		<input type="checkbox"/> ambulant
4. Reha-Einrichtungen / Kurkliniken		wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen)
Name:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis
Straße:		_____
PLZ/Ort:		<input type="checkbox"/> stationär
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):		<input type="checkbox"/> ambulant
Name:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis
Straße:		_____
PLZ/Ort:		<input type="checkbox"/> stationär
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):		<input type="checkbox"/> ambulant

IV. Angaben zu früheren Feststellungen

Wurde bereits eine Entscheidung getroffen 1. von einem Versorgungsamt / Landratsamt oder einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Wehrbereichsgebührensamt) oder einem Gericht über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) bzw. über das Vorliegen von Schädigungsfolgen und den darauf beruhenden Grad der Schädigungsfolgen (GdS)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen 2. von einer Berufsgenossenschaft über das Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit und der darauf beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (Bitte Feststellungsbescheide oder Unterlagen beifügen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen ggf. Unfalltag: _____ und Arbeitgeber: _____		
Gesundheitsstörungen	Verwaltungsbehörde / Leistungsträger	Geschäftszeichen des Vorgangs
3. Erhalten Sie Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen Beginn der Leistung: _____ letzte Untersuchung: _____ Anschrift und Versicherungsnummer des Sozialversicherungsträgers: _____		

4. Erhalten Sie **Pflegegeld** oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

Ja Nein Entscheidung noch nicht ergangen **Pflegegrad:** _____ **Beginn der Leistung:** _____

letzte Untersuchung: _____

Anschrift und Geschäftszeichen des Leistungsträgers (Krankenkasse/Pflegekasse):

5. Bei behinderten Kindern (**von den Eltern auszufüllen**):

Besucht Ihr Kind eine/n Behinderteneinrichtung/-kindergarten/-schule oder eine/n Regelkindergarten bzw. Regelschule

Bezeichnung und Anschrift:

Werden Leistungen der Eingliederungshilfe vom Sozialamt bezogen? Ja Nein

6. Bei welchen sonstigen bisher nicht angegebenen Stellen können weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen angefordert werden (z.B.: Blindenhilfe)?

Bezeichnung und Anschrift:

V. Allgemeiner Hinweis

Wenn Sie diesem **Antrag** bereits ein **farbiges Passbild beifügen**, (Rückseite mit Namen beschriften) **wird Ihnen** bei Vorliegen der Voraussetzungen (Grad der Behinderung wenigstens 50) **der Ausweis direkt übersandt**, sofern keine Zweifel an der Identität bestehen. Für Kinder unter 10 Jahren ist kein Passbild einzureichen. Dies gilt auch für Menschen, die das Haus nicht oder nur mit Hilfe eines Krankenwagens verlassen können.

VI. Erklärung zum Datenschutz und Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Sofern beigefügte Unterlagen nicht ausreichen, **erkläre ich mich damit einverstanden**, dass das Landratsamt die in diesem Verwaltungsverfahren und in einem evtl. sich anschließenden Vorverfahren erforderlichen Auskünfte und Unterlagen von allen angegebenen Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, gesetzlichen und privaten Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste, Behörden und sonstigen Einrichtungen bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich **entbinde** Ärzte, sonstige beteiligte Personen und Stellen von ihrer **Schweigepflicht** und **stimme** der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen **ausdrücklich zu**.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die dem Landratsamt im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Renten- oder Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i.V.m. § 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch, SGB X) und ich **dem widersprechen** kann.

Die beigefügten Hinweise zum Datenschutz habe ich ebenfalls zur Kenntnis genommen.

_____, den _____

Unterschrift des Antragstellers bzw. des
Vertreters (**Vollmacht/ Bestallungsurkunde/
Betreuerausweis – bitte Kopie – vorlegen**)

Dem Antrag füge ich bei:

- 1 farbiges Passbild aus neuester Zeit
 Kopien ärztlicher Befunde

Einverständniserklärung für die Erhebung und Verarbeitung von Daten nach der Datenschutzgrundverordnung

Zur Bearbeitung Ihres Anliegens erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen die Erhebung und Verarbeitung aller notwendigen personenbezogenen Daten. Dabei handelt es sich insbesondere um Name, Anschrift, Kontaktdaten sowie sonstige notwendige Angaben. Diese Daten werden auf dem Server der zuständigen Stelle gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Für den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten haben wir alle technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen, um ein hohes Schutzniveau zu schaffen. Wir halten uns dabei strikt an die Datenschutzgesetze und die sonstigen datenschutzrelevanten Vorschriften. Ihre Daten werden ausschließlich über sichere Kommunikationswege an die zuständige Stelle übergeben. Darüber hinaus ist für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Nutzers erforderlich. Eine automatische Löschung erfolgt nach 180 Tagen, insofern entsprechende Daten nicht weiter benötigt werden. In Fällen mit einer gebührenpflichtigen Verarbeitung kann es vorkommen, dass zur Abwicklung der Bezahlung Ihre bezahlrelevanten Daten an den ePayment-Provider übermittelt werden.

Rechte der betroffenen Person: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abzuändern oder gänzlich zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an uns übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden.

Hiermit versichere ich, der Erhebung und der Verarbeitung meiner Daten zuzustimmen und über meine Rechte belehrt worden zu sein.