

Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht (Feststellungsverfahren)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen. Freiwillige Angaben sind gekennzeichnet.

Angaben zur Zuständigkeit

Die Zuständigkeit des Landesamtes für soziale Dienste Schleswig-Holstein richtet sich nach dem Wohnort der antragstellenden Person.

Wenn Ihr Wohnort im Kreis Plön oder in den Städten Kiel oder Neumünster liegt, ist die zuständige Stelle:

Landesamt für soziale Dienste
Steinmetzstraße 1 bis 11
24534 Neumünster
Telefon 04321 913-5

Wenn Ihr Wohnort in den Kreisen Dithmarschen, Nordfriesland, Pinneberg oder Steinburg liegt, ist die zuständige Stelle:

Landesamt für soziale Dienste
Dienstszitz Heide
Neue Anlage 9
25746 Heide
Telefon 0481 696-0

Wenn Ihr Wohnort in den Kreisen Herzogtum Lauenburg, Ostholstein, Segeberg, Stormarn oder in der Stadt Lübeck liegt, ist die zuständige Stelle:

Landesamt für soziale Dienste
Dienstszitz Lübeck
Große Burgstraße 4
23552 Lübeck
Telefon 0451 1406-0

Wenn Ihr Wohnort in den Kreisen Rendsburg-Eckernförde, Schleswig-Flensburg oder in der Stadt Flensburg liegt, ist die zuständige Stelle:

Landesamt für soziale Dienste
Dienstszitz Schleswig
Seminarweg 6
24837 Schleswig
Telefon 04621 806-0

1. Art des Antrages

Haben Sie schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt?

Nein

(Wenn Nein dann weiter bei 2.)

Ja

Wenn Sie schon einmal einen Antrag gestellt haben:

Bei welcher Behörde haben Sie schon einmal einen Antrag gestellt?

Welches Geschäftszeichen hatte dieser Antrag?

2. Antragstellende Person

Nachname

Vorname

gegebenenfalls Geburtsname

Geburtsdatum

Wie ist Ihr Geschlecht? (Es folgen drei Auswahlmöglichkeiten.)

Weiblich

Männlich

Divers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

Sind Sie erwerbstätig?

Ja

Nein

Als was sind Sie erwerbstätig (freiwillige Angabe)?

3. Staatsangehörigkeit

Von Nicht-EU-Bürgern und Staatenlosen ist die amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Kopie hiervon vorzulegen. Von Grenzarbeitnehmerinnen und Grenzarbeitnehmern ist die Arbeitserlaubnis vorzulegen.

Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

3a. Steuer-Identifikationsnummer (freiwillige Angabe)

Für den Behindertenpauschbetrag müssen künftig die erforderlichen Daten an die Finanzbehörde übermittelt werden. Hierzu ist die Angabe der Steuer-Identifikationsnummer notwendig. Damit beantragen Sie gleichzeitig die Übermittlung Ihrer Daten für die Besteuerung. Auskünfte hierzu erteilen die Finanzämter.

Wie lautet Ihre Steuer-Identifikationsnummer (freiwillige Angabe)? (Die Steuer-Identifikationsnummer hat elf Ziffern.)

4a. Bei Minderjährigen: Angaben zu den Eltern (Machen Sie bei 4b weiter, wenn Sie nicht minderjährig sind.)

Besteht gemeinsames Sorgerecht oder alleiniges Sorgerecht?

gemeinsames Sorgerecht

alleiniges Sorgerecht

Bitte benennen Sie im Folgenden **alle** sorgeberechtigten Personen. Nicht sorgeberechtigte Elternteile brauchen nicht benannt werden.

erstes Elternteil:

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

zweites Elternteil:

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

4b. Bevollmächtigte, gesetzlich vertretende oder betreuende Person
(Machen Sie bei 5 weiter, wenn Sie keine Bevollmächtigung erteilt haben, oder gesetzlich vertreten oder betreut werden.)

Fügen Sie bitte eine Vollmacht beziehungsweise eine Betreuungsurkunde in Kopie bei.

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

5. Feststellungsbeginn

Ab wann soll die Behinderteneigenschaft festgestellt werden? (Es folgen drei Auswahlmöglichkeiten.)

ab Antragseingang

Rückwirkend wegen steuerlicher Gründe

Ab welchem Datum?

Rückwirkend wegen Rente

Ab welchem Datum?

6. Angaben zu den Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen

Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen haben Sie? Bitte geben Sie nur Gesundheitsstörungen an, die mindestens sechs Monate andauern beziehungsweise andauern werden. Kürzer andauernde Gesundheitsstörungen können nicht berücksichtigt werden.

Formulieren Sie einfach, zum Beispiel: Gehprobleme durch Hüftleiden, Wirbelsäulenleiden.

Es reicht nicht aus, auf beim Arzt anzufordernde Unterlagen zu verweisen.

(Es folgen sechs Eingabefelder für die Gesundheitsstörungen. Verwenden Sie wenn nötig ein gesondertes Blatt.)

Gesundheitsstörungen

Erste Gesundheitsstörung

Zweite Gesundheitsstörung

Dritte Gesundheitsstörung

Vierte Gesundheitsstörung

Fünfte Gesundheitsstörung

Sechste Gesundheitsstörung

7. verschlimmerte Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen

Welche mit der letzten Feststellung bereits berücksichtigten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen haben sich dauerhaft verschlimmert?

(Es folgen vier Eingabefelder für die Gesundheitsstörungen. Verwenden Sie wenn nötig ein gesondertes Blatt.)

Erste Gesundheitsstörung

Zweite Gesundheitsstörung

Dritte Gesundheitsstörung

Vierte Gesundheitsstörung

8. Wichtig für insulinpflichtige Diabetikerinnen und Diabetiker

(Weiter bei 9, wenn Sie keine insulinpflichtige Diabetikerin oder insulinpflichtiger Diabetiker sind.)

Bitte senden Sie die Dokumentation Ihrer Blutzuckermessungen und Insulingaben der letzten drei Monate in Kopie ein.

Erfolgt eine Blutzuckerdokumentation?

Ja

Nein

9. zusätzlich festgestellte Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen

Sind Sie damit einverstanden, dass alle im laufenden Feststellungsverfahren zusätzlich festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen berücksichtigt werden?

Ja

Nein

10. Leistungen anderer Stellen

Erhalten Sie von einer oder mehreren der folgenden fünf Stellen Leistungen oder haben Sie Leistungen beantragt?

Bitte fügen Sie gegebenenfalls ärztliche Unterlagen in Kopie bei!

Pflegekasse

Haben Sie Leistungen bei der Pflegekasse beantragt?

Nein

Ja

Datum des Antrages

Ja, ich erhalte Leistungen der Pflegekasse

Nein, ich erhalte keine Leistungen der Pflegekasse

Genaue Anschrift der Pflegekasse

Geschäftszeichen, Versicherungsnummer

Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

Unfallversicherungsträger (zum Beispiel Berufsgenossenschaft)

Haben Sie Leistungen bei einem Unfallversicherungsträger beantragt?

Nein

Ja

Datum des Antrages

Ja, ich erhalte Leistungen eines Unfallversicherungsträgers

Nein, ich erhalte keine Leistungen eines Unfallversicherungsträgers

Genauere Anschrift des Unfallversicherungsträgers

Geschäftszeichen, Versicherungsnummer

Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr

Haben Sie Leistungen bei dem Bundesamt für Personalmanagement der Bundeswehr beantragt?

Nein

Ja

Datum des Antrages

Ja, ich erhalte Leistungen des Bundesamtes

Nein, ich erhalte keine Leistungen des Bundesamtes

Genauere Anschrift des Bundesamtes für Personalmanagement der Bundeswehr

Geschäftszeichen, Versicherungsnummer

Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

Versorgungsverwaltung (z.B. als Gewaltopfer)

Haben Sie Leistungen bei der Versorgungsverwaltung beantragt?

Nein

Ja

Datum des Antrages

Ja, ich erhalte Leistungen der Versorgungsverwaltung

Nein, ich erhalte keine Leistungen der Versorgungsverwaltung

Genaue Anschrift der Versorgungsverwaltung

Geschäftszeichen, Versicherungsnummer

Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

Sonstige (z.B. als Beamter wegen eines Dienstunfalls)

Haben Sie bei sonstigen Stellen Leistungen beantragt?

Nein

Ja

Datum des Antrags

Genaue Anschrift

Geschäftszeichen, Versicherungsnummer

Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

11. Schwerbehindertenausweis

Welche Merkzeichen sollen festgestellt werden?

Erläuterungen entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt

G (erheblich gehbehindert)

B (Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel)

aG (außergewöhnlich gehbehindert)

H (hilflos)

RF (erheblich hörbehindert oder sehbehindert oder dauerndes Gebundensein an die Wohnung)

Bl (blind)

Gl (gehörlos)

TBl (taubblind)

Erste Klasse (nur für Kriegsbeschädigte und Entschädigungsberechtigte)

Raum für etwaige Einschränkungen

Geben Sie nachfolgend bitte an, von welchen Ärztinnen/Ärzten/Kliniken Befundberichte beziehungsweise Unterlagen zu den von Ihnen geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen/Gesundheitsstörungen angefordert werden sollen. Mit der Erklärung zu Nummer 19 entbinden Sie diese Ärztinnen/Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Von Ihnen beigefügte aktuelle ärztliche Unterlagen (in Kopie) beschleunigen die Bearbeitung.

Bitte benutzen Sie ein Zusatzblatt, wenn der Platz nicht reicht.

12. Hausärztliche Behandlung

Wer ist Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt?

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Datum der letzten hausärztlichen Behandlung

13. Fachärztliche Behandlung

Sind Sie wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen /
Gesundheitsstörungen in fachärztlicher Behandlung?

Ja

Nein

(Es folgen vier Blöcke zur Angabe der fachärztlichen Behandlungen.)

Erste fachärztliche Behandlung

Nachname, Vorname

Anschrift

Wegen welcher Gesundheitsstörung

letzte Behandlung

Befinden sich dazu Unterlagen in der hausärztlichen Praxis?

Ja

Nein

Zweite fachärztliche Behandlung

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Wegen welcher Gesundheitsstörung

letzte Behandlung

Befinden sich dazu Unterlagen in der hausärztlichen Praxis?

Ja

Nein

Dritte fachärztliche Behandlung

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Wegen welcher Gesundheitsstörung

letzte Behandlung

Befinden sich dazu Unterlagen in der hausärztlichen Praxis?

Ja

Nein

Vierte fachärztliche Behandlung

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Wegen welcher Gesundheitsstörung

letzte Behandlung

Befinden sich dazu Unterlagen in der hausärztlichen Praxis?

Ja

Nein

14. Krankenhausbehandlung

Waren Sie wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus?

Ja

Nein

(Es folgen zwei Blöcke zur Angabe der Krankenhaus-Behandlungen.)

Erste Krankenhausbehandlung

Behandlung von – bis

Name des Krankenhauses

Anschrift des Krankenhauses

Abteilung

Wegen welcher Gesundheitsstörung

Befinden sich dazu Unterlagen in der hausärztlichen Praxis?

Ja

Nein

Zweite Krankenhausbehandlung

Behandlung von – bis

Name des Krankenhauses

Anschrift des Krankenhauses

Abteilung

Wegen welcher Gesundheitsstörung

Befinden sich dazu Unterlagen in der hausärztlichen Praxis?

Ja

Nein

15. Reha-Behandlung

Waren Sie wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen /
Gesundheitsstörungen in den letzten 2 Jahren in einer Reha-Anstalt?

Ja

Nein

von – bis

Name der Reha-Anstalt

Anschrift der Reha-Anstalt

Wegen welcher Gesundheitsstörung

Name des Kostenträgers (z.B. Deutsche Rentenversicherung Nord/Bund; vormals LVA, BfA)

Aktenzeichen/Versicherungs-Nummer

Anschrift des Kostenträgers

Befinden sich dazu Unterlagen in der hausärztlichen Praxis?

Ja

Nein

16. Weitere ärztliche Unterlagen

Bei welchen Stellen befinden sich weitere ärztliche Unterlagen wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen aus den letzten 2 Jahren (zum Beispiel Deutsche Rentenversicherung Nord beziehungsweise Bund; vormals LVA beziehungsweise BfA, Gesundheitsamt, Agentur für Arbeit, Bundesbahnversicherungsanstalt, bei Kindern: Förderschule / Einrichtung)?

(Es folgen zwei Blöcke zur Angabe weiterer Behandlungen.)

Erste Stelle

Behörde/Dienststelle - genaue Anschrift –

Geschäftszeichen/Versicherungs-Nummer

Wegen welcher Gesundheitsstörung

Datum der letzten Begutachtung?

Zweite Stelle

Behörde/Dienststelle - genaue Anschrift –

Geschäftszeichen/Versicherungs-Nummer

Wegen welcher Gesundheitsstörung

Datum der letzten Begutachtung?

17. Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz

Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist das Landesamt für soziale Dienste (LAsD) auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Deshalb ist in den §§ 60 bis 67 Erstes Buch Sozialgesetzbuch die Mitwirkungspflicht des Leistungsberechtigten gesetzlich festgelegt. Wer Sozialleistungen beantragt, hat u.a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem hat er auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers (hier: LAsD) der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z.B. Krankenkasse, behandelnde Ärztinnen/Ärzte, Arbeitgeber usw.) zuzustimmen. Ist die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, weil Sie nicht mitwirken, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u.a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann. Eine Übermittlung von Sozialdaten ist in dem vom Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) abgesteckten Rahmen zulässig. So können die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt gewordenen Daten im erforderlichen Umfang an andere Stellen - z.B. an andere Sozialleistungsträger oder an externe ärztliche Gutachter übermittelt werden (§ 69 Abs. 1 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Sollten Sie mit einer solchen Weitergabe nicht einverstanden sein, können Sie der Übermittlung von Sozialdaten vorab widersprechen. Bitte bedenken Sie dabei, dass ein Widerspruch ggf. auch zur Versagung oder Entziehung von Leistungen beim anderen Sozialleistungsträger führen kann.

Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage im erforderlichen Umfang gespeichert. Die Rechtsgrundlagen zur Datenerhebung und -speicherung finden sich in den §§ 67a und 67c SGB X. Das Informationsblatt zum Datenschutz nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) finden Sie auf unserer Homepage www.schleswig-holstein.de/LAsD/. Es wird Ihnen auf Wunsch in schriftlicher Form übersandt.

18. Erklärung

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Ich habe keinen weiteren Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

19. Entbindung von der Schweigepflicht / Einwilligung in die direkte Datenerhebung

Für dieses Verfahren benötigen wir medizinische Unterlagen, die Ihre aktuellen Beeinträchtigungen beschreiben. Diese können Sie uns auf Ihre Kosten selbst zur Verfügung stellen oder wir übernehmen die Anforderung bei den Stellen, die solche Unterlagen haben. Dafür benötigen wir Ihr Einverständnis.

Ich bin damit einverstanden, dass das Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein (LAsD) ärztliche und psychologische Unterlagen anfordert. Dies gilt für alle Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen, die ich im Antrag angegeben habe oder noch

benennen werde oder die sich aus Unterlagen ergeben, die ich eingereicht habe oder noch einreichen werde. Dies gilt auch für andere Einrichtungen wie Krankenhäuser und andere Behandlungsstätten, Behörden, Gerichte, Rentenversicherungsträger, gesetzliche und private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Förderschulen und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen.

Ich werde dem LAsD umgehend mitteilen, wenn weitere Untersuchungen stattfinden, beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte. Ich bin damit einverstanden, dass dann auch darüber Unterlagen angefordert werden, es sei denn, ich widerspreche ausdrücklich.

Ich entbinde alle diese genannten Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Von folgenden Stellen dürfen keine Auskünfte und Unterlagen eingeholt werden:
(Hier können Sie Einschränkungen nennen.)

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen oder nachträglich einschränken kann. Sie gilt auch für ein sich eventuell anschließendes Widerspruchsverfahren. Mir ist bewusst, dass eine Verweigerung der Schweigepflichtsentbindung / Einwilligung bzw. einer Beschränkung und auch der Widerruf bzw. die nachträgliche Einschränkung meiner Erklärung dazu führen kann, dass möglicherweise nicht alle erforderlichen Informationen dem LAsD zur Verfügung stehen.

Unterschrift der Entbindung von der Schweigepflicht der antragstellenden Person ab Vollendung des 14. Lebensjahres

Unterschrift der Entbindung von der Schweigepflicht der gesetzlich vertretenden Person/ Personen

Bei Minderjährigen müssen alle sorgeberechtigten Personen unterschreiben.

Erste Unterschrift

Zweite Unterschrift

20. Informationsblatt

Haben Sie das Informationsblatt für schwerbehinderte Menschen erhalten.

Ja

Nein

21. Unterschrift des Antrages

(Bitte vergessen Sie nicht, auch bei Nummer 19 zu unterschreiben)

Unterschrift der antragstellenden Person

Ort, Datum, Unterschrift

Unterschrift der vertretenden Person/ Personen

Bei Minderjährigen müssen alle sorgeberechtigten Personen unterschreiben.

Erste Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift

Zweite Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift

22. Anlagen

Soweit Sie ärztliche Unterlagen (aber keine Röntgenbilder, DVD oder CD) haben, fügen Sie diese bitte als Kopie zum Verbleib bei.

Welche Unterlagen fügen Sie diesem Antrag bei?

(Ende des von der antragstellenden Person auszufüllenden Teils.)

Angaben zu diesem Formular

Nummer: 0100 seq

Bezeichnung: Antrag SGB IX (barrierefreie Textversion)

Stand: 10/2022

Herausgeber dieses Formulars: <https://www.schleswig-holstein.de/LASD>

Ende des Formulars.