

Ihr Wohnort	Zuständige Stelle
<input type="checkbox"/> Kreis Plön, Städte Kiel, Neumünster	LASG Steinmetzstraße 1 - 11 24534 Neumünster Telefon 04321 913-5
<input type="checkbox"/> Kreise Dithmarschen, Nordfriesland, Pinneberg, Steinburg	LASG Dienstszitz Heide Neue Anlage 9, 25746 Heide Telefon 0481 696-0
<input checked="" type="checkbox"/> Kreise Hzgt. Lauenburg, Ostholstein, Segeberg, Storman, Stadt Lübeck	LASG Dienstszitz Lübeck Große Burgstr. 4, 23552 Lübeck Telefon 0451 1406-0
<input type="checkbox"/> Kreise Rendsburg-Eckern- förde, Schleswig-Flensburg, Stadt Flensburg	LASG Dienstszitz Schleswig Seminarweg 6, 24837 Schleswig Telefon 04621 806-0

## Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht

Zutreffendes bitte ankreuzen oder in **Druckschrift** ausfüllen. Freiwillige Angaben sind mit einem Stern gekennzeichnet.  
Bitte beachten Sie auch die Ausfüllhinweise.

### 1. Antragsart

<input type="checkbox"/> <b>Erstantrag</b> - Ich habe bisher keinen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt
<input type="checkbox"/> <b>Änderungsantrag</b> - Ich habe bisher schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt
Behörde: _____ Geschäftszeichen: _____
auf Zuerkennung der nachfolgend angekreuzten und aller Merkzeichen, die mir nach dem Ergebnis der Ermittlungen zustehen:
<input type="checkbox"/> <b>G</b> (erheblich gehbehindert) <input type="checkbox"/> <b>B</b> (Begleitperson) <input type="checkbox"/> <b>aG</b> (außergewöhnlich gehbehindert)
<input type="checkbox"/> <b>Bl</b> (blind) <input type="checkbox"/> <b>Gl</b> (gehörlos) <input type="checkbox"/> <b>RF</b> (trotz Hörhilfe erheblich hörbehindert, erheblich sehbehindert, Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen nicht möglich)
<input type="checkbox"/> <b>H</b> (hilflos) <input type="checkbox"/> <b>Tbl</b> (taubblind)
<input type="checkbox"/> auf Ausstellung eines Ausweises (für eine Verlängerung der Gültigkeit ist dieser Antrag <u>nicht</u> erforderlich)

### 2. Antragstellende Person

Nachname, Vorname (ggf. Geburtsname)	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		
Erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Telefon (tagsüber erreichbar) *	
Staatsangehörigkeit	<b>Ausländische/r Mitbürger/in:</b> Bitte fügen Sie eine amtliche Bescheinigung der Ausländerbehörde über Ihren aufenthaltsrechtlichen Status bei. (Ausgenommen sind Angehörige der EU, Liechtenstein, Island und Norwegen.)	

### 3. Steuerlicher Pauschbetrag

Wenn Sie künftig einen Behinderten-Pauschbetrag bei der Einkommenssteuer geltend machen wollen, benötigen wir Ihre Steuer-Identifikations-Nummer sowie Ihre Einwilligung zur Übermittlung der steuerrechtlich relevanten Daten an das Finanzamt (z. B. Grad der Behinderung). Die Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos widerrufen.

Ich willige ein, dass die zur Inanspruchnahme des Behindertenpauschbetrages erforderlichen Daten an die Finanzverwaltung übermittelt werden und beantrage dies hiermit:

ja     nein

Die 11-stellige Steuer-Identifikations-Nummer lautet:  
(Bei der Antragstellung für ein Kind bitte die Steuer-ID des Kindes eintragen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### 4. bei Minderjährigen: Eltern Nur sorgeberechtigte Elternteile benennen.

<input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht <input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht            ▼ <i>bitte alle sorgeberechtigten Personen benennen</i> ▼	
1. Elternteil: Nachname, Vorname	Telefon (tagsüber erreichbar)*
Anschrift	
2. Elternteil: Nachname, Vorname (nur bei gemeinsamen Sorgerecht)	Telefon (tagsüber erreichbar)*

#### 5. Bevollmächtigte, gesetzlich vertretende oder betreuende Personen

Nachname, Vorname	Telefon (tagsüber erreichbar)*
Anschrift	
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r (Vollmacht beifügen) <input type="checkbox"/> Betreuer/in (Betreuungsurkunde beifügen) <input type="checkbox"/> gesetzliche/r Vertreter/in	

#### 6. Feststellungsbeginn

Ich beantrage die Behinderteneigenschaft festzustellen	
<input type="checkbox"/> ab Antragseingang <input type="checkbox"/> Rückwirkend ab _____ <input type="checkbox"/> wegen steuerlicher Gründe <input type="checkbox"/> wegen _____	

#### 7. Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen

<p>Welche Gesundheitsstörungen liegen bei Ihnen vor und sollen festgestellt oder überprüft werden?</p> <p>Bitte geben Sie nur Gesundheitsstörungen an, die mindestens sechs Monate andauern (bzw. andauern werden). Kürzer andauernde Gesundheitsstörungen können nicht berücksichtigt werden.</p> <p>Formulieren Sie einfach (z. B. Gehprobleme durch Hüftleiden, Wirbelsäulenleiden) und verwenden keine ICD-10 Codes.</p> <p>Es reicht nicht aus, auf beim Arzt vorliegende oder beigefügte Unterlagen zu verweisen.</p>	<p><b>Bitte kreuzen Sie auch die Ursache an!</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">sonstige Krankheit / Schädigung</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Kriegs-, Wehrdienst oder Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Arbeitsunfall / Berufskrankheit</div>																																														
<p><b>Gesundheitsstörungen</b> ▼</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1				2				3				4				5				6				7				8				9				10				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">▼</td> <td style="text-align: center;">▼</td> <td style="text-align: center;">▼</td> </tr> </table>				▼	▼	▼
1																																															
2																																															
3																																															
4																																															
5																																															
6																																															
7																																															
8																																															
9																																															
10																																															
▼	▼	▼																																													

#### 8. weitere Angaben

<b>Bei Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit):</b> Führen Sie ein Blutzuckertagebuch oder ähnliche Aufzeichnungen?	<input type="checkbox"/> ja (bitte beifügen) <input type="checkbox"/> nein
<b>Bei Schmerzen (auch Kopfschmerzen/Migräne)</b> Führen Sie ein Schmerztagbuch?	<input type="checkbox"/> ja (bitte beifügen) <input type="checkbox"/> nein
<b>Bei Gehbehinderung</b> Ich benutze folgende Gehhilfen?	<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Gehstock/Unterarmgehstützen <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> selten
<b>Blindheit</b> Beantragen Sie auch Blindengeld?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## 9. zusätzliche Gesundheitsstörungen

Ich bin damit einverstanden, dass alle im laufenden Feststellungsverfahren zusätzlich festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen berücksichtigt werden.

## 10. Leistungen anderer Stellen

Ich erhalte von folgenden Stellen Leistungen oder habe Leistungen beantragt:				
ggf. ärztliche Unterlagen in Kopie beifügen!	beantragt	genaue Anschrift	Geschäftszeichen, Versicherungs- nummer	wegen welcher Funktions- beeinträchtigung?
<input type="checkbox"/> Pflegekasse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein am			
<input type="checkbox"/> Unfallversicherungsträger (z.B. Berufsgenossenschaft)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein am			
<input type="checkbox"/> Bundesamt für das Personal- management der Bundeswehr	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein am			
<input type="checkbox"/> Versorgungsverwaltung (z.B. als Gewaltopfer)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein am			
<input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. als Beamter wegen eines Dienstunfalls)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein am			

Geben Sie hier bitte an, von welchen Ärztinnen/Ärzten/Kliniken Befundberichte bzw. Unterlagen zu den von Ihnen geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen/Gesundheitsstörungen angefordert werden können.

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

## 11. Hausärztliche Behandlung

Nachname, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	Datum der letzten Behandlung

## 12. Fachärztliche Behandlung wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen/Gesundheitsstörungen

letzte Behandlung	Name und Anschrift	Gesundheits- störung	Befinden sich dazu Unterlagen in der haus- ärztlichen Praxis?
	-----		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	-----		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	-----		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	-----		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## 13. Krankenhaus wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen in den letzten zwei Jahren

letzte Behandlung	Name und Anschrift	Gesundheits- störung	Befinden sich dazu Unterlagen in der haus- ärztlichen Praxis?
	-----		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	-----		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	-----		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	-----		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**14. Reha** wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen in den letzten zwei Jahren

von - bis	Name, Anschrift der Reha-Anstalt	Gesundheitsstörung	Befinden sich dazu Unterlagen in der hausärztlichen Praxis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name des Kostenträgers (z.B. Deutsche Rentenversicherung Nord/Bund; vormals LVA, BfA)		Aktenzeichen/Versicherungs-Nr.	
Anschrift des Kostenträgers			

**15. weitere ärztliche Unterlagen** wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen in den letzten zwei Jahren

<b>Bei welchen Stellen befinden sich weitere ärztliche Unterlagen (z.B. Deutsche Rentenversicherung Nord bzw. Bund; vormals LVA bzw. BfA, Gesundheitsamt, Agentur für Arbeit, Bundesbahnversicherungsanstalt, Integrationsfachdienst, bei Kindern: Förderschule / Einrichtung)?</b>			
Behörde/Dienststelle - genaue Anschrift -	Geschäftszeichen/ Versicherungs-Nr.	Gesundheitsstörung	Datum der letzten Begutachtung?

**16. Mitwirkungspflicht und Datenschutz**

Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist das Landesamt Arbeitsschutz, Soziales und Gesundheit (LASG) 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: LASG) 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/LASG](http://www.schleswig-holstein.de/LASG). Es wird Ihnen auf Wunsch in schriftlicher Form übersandt.

**17. 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.

**18. Unterschrift/en**

**Unterschrift der antragstellenden Person**

**X**

Ort, Datum, Unterschrift

**Unterschrift der vertretenden Person/en** (bei Minderjährigen bitte alle sorgeberechtigten Personen unterschreiben)

**X**

Ort, Datum, Unterschrift/en

**19. Anlagen** Soweit Sie ärztliche Unterlagen (keine Röntgenbilder/DVD/CD) haben, fügen Sie diese bitte als Kopie zum Verbleib bei.

<input type="checkbox"/> unterschriebenes Formular Schweigepflicht/Datenerhebung	<input type="checkbox"/> medizinische Unterlagen	<input type="checkbox"/> Bescheid(e) anderer Stellen
<input type="checkbox"/> Betreuernachweis / Vollmacht	<input type="checkbox"/> Aufenthaltstitel	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Bitte reichen Sie **keine** Originale ein!

Nachname, Vorname <b>der antragstellenden Person</b>	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Geschäftszeichen (soweit bekannt)	

## Entbindung von der Schweigepflicht/ Einwilligung in die direkte Datenerhebung

### für das Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht

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 Arbeitsschutz, Soziales und Gesundheit (LASG) 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 LASG 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:

-----  
(Welche Stellen (Ämter / Kliniken pp) darf das LASG **nicht** kontaktieren?)

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 beziehungsweise einer Beschränkung und auch der Widerruf bzw. die nachträgliche Einschränkung meiner Erklärung dazu führen kann, dass möglicherweise nicht alle erforderlichen Informationen dem LASG zur Verfügung stehen.

**Unterschrift der antragstellenden Person** ab Vollendung des 14. Lebensjahres

X

Ort, Datum, Unterschrift

**Unterschrift/en der gesetzlich vertretenden Person/en** (bei Minderjährigen bitte **alle** sorgeberechtigten Personen unterschreiben)

X

Ort, Datum, Unterschrift/en