

Zutreffendes bitte ankreuzen oder in **Druckschrift** ausfüllen.
Freiwillige Angaben sind mit einem * gekennzeichnet.

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

Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht (Feststellungsverfahren)

1	<input type="checkbox"/> Erstantrag - Ich habe bisher keinen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt.
	<input type="checkbox"/> Änderungsantrag - Ich habe schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt.
Behörde: _____ Geschäftszeichen: _____	

Antragstellerin/Antragsteller

2	Nachname, Vorname (ggf. Geburtsname)	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
	Straße, Hausnummer		Telefon (tagsüber erreichbar) *
	Postleitzahl, Ort		E-Mail *
	Erwerbstätig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Erwerbstätig als *	
3	Staatsangehörigkeit	<i>Von Nichtdeutschen und Staatenlosen ist die amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Kopie hiervon vorzulegen. Von Grenzarbeitnehmerinnen und Grenzarbeitnehmern ist die Arbeitserlaubnis vorzulegen.</i>	

bei Minderjährigen: Eltern

4a	<input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht ► Bitte beide Elternteile angeben!	
	<input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht ► Bitte nur den sorgeberechtigten Elternteil angeben!	
1. Elternteil:	Nachname, Vorname	Telefon (tagsüber erreichbar) *
	Anschrift	E-Mail *
2. Elternteil:	Nachname, Vorname	Telefon (tagsüber erreichbar) *
	Anschrift	E-Mail *

Bevollmächtigte/r / gesetzl. Vertreter/in / Betreuer/in

4b	▼ Fügen Sie bitte eine Vollmacht bzw. eine Betreuungsurkunde in Kopie bei. ▼	
	Nachname, Vorname	Telefon (tagsüber erreichbar) *
	Anschrift	E-Mail *

Feststellungsbeginn

5	Ich beantrage, die Behinderteneigenschaft festzustellen	
	<input type="checkbox"/> ab Antragseingang	<input type="checkbox"/> wegen steuerlicher Gründe rückwirkend ab _____ <input type="checkbox"/> wegen Rente rückwirkend ab _____

Angaben zu den Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen

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

Formulieren Sie einfach
z.B. Gehprobleme durch Hüftleiden, Wirbelsäulenleiden.

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

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

Gesundheitsstörungen ▼

	sonstige Krankheit / Schädigung	Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat	Arbeitsunfall / Berufskrankheit
1			
2			
3			
4			
5			
6			

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

1			
2			
3			
4			
5			

8 Wichtig für Diabetiker: Bitte senden Sie – falls geführt – das Blutzuckertagebuch (für die letzten drei Monate) in Kopie ein.

Ich führe **kein** Blutzuckertagebuch.

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

Leistungen anderer Stellen

10 Ich erhalte von folgenden Stellen Leistungen oder habe Leistungen beantragt:

ggf. ärztliche Unterlagen in Kopie beifügen!	beantragt	genaue Anschrift	Geschäftszeichen, Versicherungsnummer	wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?
<input type="checkbox"/> Pflegekasse/Krankenkasse	<input type="checkbox"/> ja am			
<input type="checkbox"/> Unfallversicherungsträger (z.B. Berufsgenossenschaft)	<input type="checkbox"/> ja am			
<input type="checkbox"/> Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr	<input type="checkbox"/> ja am			
<input type="checkbox"/> Versorgungsverwaltung (z.B. als Gewaltopfer)	<input type="checkbox"/> ja am			
<input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. als Beamter wegen eines Dienstunfalls)	<input type="checkbox"/> ja am			

Schwerbehindertenausweis - Erläuterungen im Informationsblatt

11 Ich beantrage die Ausstellung eines Ausweises. Dabei sollen die nachfolgend angekreuzten und alle Merkzeichen festgestellt werden, die mir nach dem Ergebnis der Ermittlungen zustehen.

<input type="checkbox"/> G erheblich gehbehindert	<input type="checkbox"/> H hilflos	<input type="checkbox"/> GI gehörlos
<input type="checkbox"/> aG außergewöhnlich gehbehindert	<input type="checkbox"/> BI blind	<input type="checkbox"/> TBI taubblind
<input type="checkbox"/> B Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson wegen Störungen in der Orientierungs- und/oder Bewegungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> RF erheblich hör- oder sehbehindert oder dauerndes Gebundensein an die Wohnung	<input type="checkbox"/> 1. Kl. Benutzung der 1. Wagenklasse nur für Kriegsbeschädigte und Entschädigungsberechtigte

Ich wünsche, dass **nur** die angekreuzten Merkzeichen festgestellt werden.

Geben Sie hier bitte an, von welchen Ärzten/Kliniken Befundberichte bzw. Unterlagen zu den von Ihnen geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen angefordert werden sollen. Mit der Erklärung zu Nummer 19 entbinden Sie diese Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Von Ihnen beigelegte aktuelle ärztliche Unterlagen (in Kopie) beschleunigen die Bearbeitung. Bitte benutzen Sie ein Zusatzblatt, wenn der Platz nicht reicht.

Hausarzt

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

Fachärzte wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen

13	letzte Behandlung	Name und Anschrift	Gesundheitsstörung Nr.	Befinden sich dazu Unterlagen beim Hausarzt?
			
			
			
			

Krankenhausbehandlung wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen in den letzten 2 Jahren

14	Behandlung von - bis	Name, Anschrift des Krankenhauses, Abteilung	Gesundheitsstörung Nr.	Befinden sich dazu Unterlagen beim Hausarzt?
			
			
			
			

Reha-Behandlung wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen in den letzten 2 Jahren

15	von - bis	Name, Anschrift der Reha-Anstalt	Gesundheitsstörung Nr.	Befinden sich dazu Unterlagen beim Hausarzt?
			
	Name des Kostenträgers (z.B. Deutsche Rentenversicherung Nord/Bund; vormals LVA, BfA)		Aktenzeichen/Versicherungs-Nr.	
	Anschrift des Kostenträgers			

Weitere ärztliche Unterlagen wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen in den letzten 2 Jahren

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

Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz

- 17** 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 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.

Erklärung

- 18** 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.

Entbindung von der Schweigepflicht

- 19** Ich bin damit einverstanden, dass das Landesamt in diesem Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht die für die Entscheidung erforderlichen Befundberichte und sonstigen ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen von den Stellen und Ärzten bezieht, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Landesamt umgehend mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden. Insoweit entbinde ich die vom Landesamt ersuchten Ärzte, Krankenanstalten, anderen Behandlungsstätten, Behörden, Gerichte und private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen von ihrer Schweigepflicht.

Raum für etwaige Einschränkungen des Einverständnisses:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann

Unterschrift

X

gesetzliche Vertreter ▼ bei Minderjährigen bitte alle sorgeberechtigten Personen unterschreiben ▼

Unterschrift

X

Unterschrift

X

Informationsblatt

- 20** Das Informationsblatt für schwerbehinderte Menschen habe ich erhalten ja nein

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

- | | |
|--|--------------|
| 21 Ort, Datum | Unterschrift |
| | X |
| Vertreter ▼ bei Minderjährigen bitte alle sorgeberechtigten Personen unterschreiben ▼ | |
| Ort, Datum | Ort, Datum |
| Unterschrift | Unterschrift |
| X | X |

Anlagen

- 22** Soweit Sie ärztliche Unterlagen (keine Röntgenbilder, DVD, CD) in Ihren Händen haben, fügen Sie diese bitte als Kopie zum Verbleib bei.
Ich habe folgende Unterlagen beigefügt: