

Empfänger				Eingangsstempel	
Name	Landesamt für Soziales				
Stelle					
Strasse/Postfach	Hochstraße	HausNr	67		
PLZ	66115	Ort	Saarbrücken		
Bitte für Vermerke freihalten					
				SG	Team

Antrag nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Schwerbehindertenrecht -

1. auf erstmalige Anerkennung einer Behinderung
2. wegen Verschlimmerung/Geltendmachung weiterer Behinderungen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und vollständig. Vollständige Angaben erleichtern die Sachaufklärung und eine zügige Bearbeitung. Wenn sich Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, EKG-, Labor-, Röntgenbefunde) in Ihren Händen befinden, fügen Sie diese bitte dem Antrag bei.

1.	Angaben zur Person				
	Familienname				
	Geburtsdatum	Geschlecht	männlich	weiblich	
	Vorname				
	Strasse und Hausnummer				
	PLZ und Wohnort				
	Namenszusätze	Telefon			
2.	Ggf. Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters/Betreuers (bitte Kopie der Betreuungsurkunde beifügen)				
	Name und Vorname				
	Strasse und Hausnummer				
	PLZ und Wohnort				
3.	Ggf. Name und Anschrift des Bevollmächtigten				
	Name und Vorname				
	Strasse und Hausnummer				
	PLZ und Wohnort				
4.	Staatsangehörigkeit				
	Von Ausländern und Staatenlosen ist die amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltserlaubnis bzw. -berechtigung oder eine beglaubigte Abschrift bzw. Kopie hiervon vorzulegen.				
	Von Grenzarbeitnehmern ist die Arbeitsbescheinigung des jetzigen Arbeitgebers oder der Ausweis für den kleinen Grenzverkehr vorzulegen.				
5.	Haben Sie bereits früher einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt?				
	nein	ja, bei	am	Aktenzeichen	
		(Dienststelle)	(Datum)		
	Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?		ja	nein	
	Ausgestellt von		am		
	gültig bis		GdB		
	Liegen sonstige Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidungen über Behinderungen und Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) vor (z. B. Berufsgenossenschaft, Kriegsbeschädigung)?				
	nein				
	ja, von Behörde/Dienstelle	Geschäftszeiten		für welche Behinderung	

Daten erfasst / geändert

_____ Datum

_____ Namenszeichen

Weitere Krankenhausbehandlungen wegen der geltend gemachten Behinderungen in den letzten zwei Jahren

von - bis Name, Anschrift des Krankenhauses Abteilung/Station wegen welcher Behinderung

Kurbehandlungen wegen der geltend gemachten Behinderungen in den letzten zwei Jahren

von - bis Name, Anschrift der Kuranstalt und des Kostenträgers wegen welcher Behinderung

Sonstige ärztliche Behandlungen wegen der geltend gemachten Behinderungen in den letzten zwei Jahren

von - bis Name, Anschrift der Kuranstalt und des Kostenträgers wegen welcher Behinderung

a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		
g)		

Wenn der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt!

10. Welcher der behandelnden Ärzte ist Ihr Hausarzt? (Bitte vollständige Adresse angeben!)

Name

Strasse und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Der Hausarzt hat

sämtliche Facharztberichte

nur die Facharztberichte
zu vorstehenden Buchstaben**11. Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen in den letzten zwei Jahren**

von - bis Name, Anschrift der Krankenkasse oder der Krankenversicherung

12. Der beantragte Ausweis soll die Voraussetzungen nachweisen für die Zeit

ab Antragstellung

ab

aus welchem Grund

--

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag nach dem SGB IX- Schwerbehindertenrecht - gestellt habe.

Änderungen der Behinderungen (im Sinne einer Besserung), des Arbeitsverhältnisses (nur bei Grenzarbeitnehmern) und des Wohnsitzes (jede Anschriftenänderung) werde ich unverzüglich mitteilen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesamt für Jugend, Soziales und Versorgung bei den im Antrag angegebenen Ärzten, Krankenhäusern, Behörden, Sozialversicherungsträgern (z. B. Rentenversicherungsträger, Kranken-/Pflegekasse, Berufsgenossenschaft) und privaten Kranken-/Pflegeversicherungsunternehmen Auskünfte einholt und die dort geführten Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen gefertigt worden sind) beizieht, sofern dies für die Feststellung im Schwerbehindertenrecht erforderlich ist.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte von deren Schweigepflicht.

(Ort)

(Datum)

Unterschrift (Antragsteller/in, ggf. gesetzl. Vertreter/in oder Betreuer/in)

Hinweise

Die im Antragsformular verlangten Angaben sind erforderlich, damit das Landesamt für Jugend, Soziales und Versorgung das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung nach dem SGB IX - Schwerbehindertenrecht - feststellen kann.

Sie sind gemäß § 60 Sozialgesetzbuch I (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet. Sie haben die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben mitzuteilen und Ihre Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zu geben. Die Feststellung der Behinderung kann nach § 66 SGB I versagt werden, wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen. Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegt. So können z.B. Angaben verweigert werden, die Sie der Gefahr aussetzen würden, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Daten, mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden, soweit dies zur Durchführung der Aufgaben nach dem SGB IX - Schwerbehindertenrecht - erforderlich ist.

Wir weisen außerdem darauf hin, dass die Daten die das Landesamt im Anerkennungsverfahren nach dem SGB IX - Schwerbehindertenrecht - erhebt, auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Rentenversicherungsträger) für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen, es sei denn, Sie widersprechen der Übermittlung (§§ 69 Abs. 1 Nr. 1, 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch X).

Anlagen

1. Ein Passbild neueren Datums, nicht älter als zwei Jahre (mit Namensangabe auf der Rückseite)
- 2.
- 3.

