

Absender/in
-------------

--

## Antrag auf Feststellung einer Behinderung nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) und auf Ausstellung eines Ausweises

### Hinweis

Zur Feststellung einer Behinderung sowie dem Grad der Behinderung nach § 69 Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) durch das Versorgungsamt sind die folgenden Fragen notwendig. Gemäß § 60 SGB I sind Sie zur Mitwirkung verpflichtet. Die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben müssen von Ihnen gemacht werden, zur erforderlichen Einkunftseinholung bei Dritten haben Sie Ihre Einwilligung zu geben. Wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann die Feststellung der Behinderung nach § 66 SGB I versagt werden. Sollte einer in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegen, besteht keine Mitwirkungspflicht. So können z.B. Angaben verweigert werden, die Sie der Gefahr aussetzen würden, wegen einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden. Ihre Daten werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage elektronisch gespeichert.

### 1. Antragsteller/in

Name		Ggf. Geburtsname		Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Geburtsort			Staatsangehörigkeit/en
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort	
Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)	

### Gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen)

Name		Vorname			
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort	
Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)	

Name		Vorname			
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort	
Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)	

### Betreuer/in (bei betreuten Volljährigen)

Name					
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort	
Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)	

Vervielfältigung, Nachahmung, Veröffentlichung und elektronische Speicherung nur mit Genehmigung!

Form-Solutions E-Mail: info@form-solutions.de www.form-solutions.de  
Artikel Nr.: 610000 Telefon 07082/4131471 - Telefax 07082/4131477



## 2. Ergänzungen bei nichtdeutscher Staatsangehörigkeit

(außer bei Kindern unter 16 Jahren aus EG- oder EFTA-Staaten oder Ecuador)

Dem Antrag liegen folgende Unterlagen bei

- eine amtliche Bescheinigung bzw. eine beglaubigte Kopie der Aufenthaltsgenehmigung/-gestattung  
 eine entsprechende Bescheinigung vom zuständigen Ausländeramt

Als Grenzarbeitnehmer/in lege ich folgende Unterlagen bei

- eine Bescheinigung des jetzigen Arbeitgebers und ggf. Arbeitserlaubnis  
 eine amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltsgenehmigung  
 Ausweis für den kleinen Grenzverkehr bzw. Grenzgängerkarte

## 3. Angaben über die Behinderungen

Der Antrag nach dem SGB IX umfasst alle bestehenden Gesundheitsstörungen  ja  nein

(bitte im Antrag nur die zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen angeben. Es ist ratsam, den behandelnden Arzt über diesen Antrag zu informieren. Nicht festzustellende Behinderungen können bei der Einstufung des Grades der Behinderung nicht berücksichtigt werden)

Vorliegende körperliche, geistige oder seelische Behinderungen, die nach dem SchwbG berücksichtigt werden sollen.	Ursache (z.B. Verkehrsunfall, angeborene Behinderung, Kriegsbeschädigung...)

## 4. Behandelnde Ärzte

### 4.1 Hausarzt/-ärztin

Name			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

### 4.2 Weitere behandelnde Ärzte (auch Betriebsärzte)

- nur sofern innerhalb der letzten beiden Jahre -

Name			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Behandelte Behinderung/en			
Behandlungszeitraum		Es erfolgte eine Überweisung durch den Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Name			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Behandelte Behinderung/en			
Behandlungszeitraum		Es erfolgte eine Überweisung durch den Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Name			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Behandelte Behinderung/en			
Behandlungszeitraum		Es erfolgte eine Überweisung durch den Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**5. Krankenhausaufenthalt/e in den letzten beiden Jahren**

Name, Anschrift, Abteilung, Station des Krankenhauses	behandelte Behinderung/en	Behandlungszeitraum

**6. Aufenthalte in Kuranstalten/Heilstätten während der letzten beiden Jahre**

Name, Anschrift der Einrichtung und des Kostenträgers (Krankenkasse, LVA oder BfA) und Versicherungsnummer	behandelte Behinderung/en	Behandlungszeitraum

**7. Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und des Grades der MdE bzw. der Behinderung**

Ein solches Verfahren

- wurde bisher noch nicht durchgeführt.  
 läuft momentan. Eine Entscheidung ist noch nicht bekannt.  
 wurde bereits durchgeführt. Entsprechende Nachweise liegen diesem Antrag bei.

Behinderung	Verwaltungsbehörde/Gericht	Geschäftszeichen des Falles

**8. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente**

Beziehen Sie Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente

- nein     nein, das Antragsverfahren läuft momentan     ja

Name, Anschrift Sozialversicherungsträger	Versicherungsnummer
Begutachtende Stelle	Datum der Begutachtung

**9. Pflegegeld**

Beziehen Sie Pflegegeld?

- nein     nein, das Antragsverfahren läuft momentan     ja

Leistungsträger: Name, Anschrift	Geschäftszeichen
----------------------------------	------------------

**10. Schwerbehindertenausweis**Der beantragte Ausweis soll die Voraussetzungen nachweisen     ab Antragstellung     ab

Datum (TT.MM.JJJJ)

- Es wird kein Ausweis benötigt.

- Ich besitze keinen gültigen Schwerbehindertenausweis
- Ich habe einen gleichartigen Antrag gestellt bei

**11. Ergänzungen**

**Ich bin damit einverstanden, dass das Versorgungsamt in diesem Verwaltungsverfahren und sich eventuell anschließender Vorverfahren wegen der Behinderung/en bei den oben aufgeführten Sozialversicherungsträgern, begutachtenden Stellen, Pflegekassen, Krankenkassen oder ähnlichen Stellen die Aktenvorgänge, Untersuchungsunterlagen und MDK-Gutachten einsieht.**

**Die beteiligten Ärzte entbinde ich soweit ausdrücklich von der Schweigepflicht.**

Ort, Datum	Unterschrift	Anlagen
------------	--------------	---------