

Landratsamt Bodenseekreis Versorgungsamt Albrechtstr. 75 88045 Friedrichshafen

Änderungen nach § 152 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX)

Schwerbehindertenrecht ☐ Wir müssen Ihre gesundheitlichen Verhältnisse überprüfen. Bitte teilen Sie uns unter Ziffer III. Ihre/n behandelnden Arzt/Ärzte mit. Mit freundlichen Grüßen Ihr Landratsamt Änderungsantrag Ich beantrage: die Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) wegen Verschlimmerung der bisher berücksichtigten Gesundheitsstörungen / neu aufgetretener Gesundheitsstörungen die Feststellung weiterer gesundheitlicher Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen und zwar: Merkzeichen "G" (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr/bei der Kfz-Steuer wegen erheblicher Gehbehinderung) Merkzeichen "Gl" (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr/bei der Kfz-Steuer wegen Gehörlosigkeit) Merkzeichen "B" (Freifahrt für eine Begleitperson, wenn eine Berechtigung zur Mitnahme besteht) Merkzeichen "aG"(Parkerleichterung wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung, z.B. Querschnittgelähmte) Merkzeichen "H" (Nachteilsausgleiche wegen Hilflosigkeit, Notwendigkeit dauernder Hilfe in erheblichem Umfang) Merkzeichen "RF" (Rundfunkbeitragsermäßigung und Sozialtarif für Telefonanschlüsse) Merkzeichen "Bl" (Blindheit) Merkzeichen "TBI" (Taubblindheit) - Bitte in Blockschrift ausfüllen -I. Angaben zur Person Nur angeben, wenn oben nicht eingedruckt! 2. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (sofern geändert) 1. Name Straße, Hausnummer: ___ Vorname ___ Geburtsdatum ___ 3. Sind Sie erwerbstätig? ja tagsüber tel. zu erreichen unter: _____ 4. Aufenthaltsbescheinigung Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf. Ausländische Antragsteller (außer Unionsbürger): ☐ Aufenthaltserlaubnis/Niederlassungserlaubnis/Erlaubnis zum Dauer-Bitte Pass (Kopie) vorlegen aufenthalt-EG/Aufenthaltsgestattung Bitte fügen Sie eine amtliche Bescheinigung über den rechtggf.: gültig bis: erteilt am mäßigen Aufenthalt oder eine Duldung bei oder lassen Sie die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen, soweit dem Landratsamt ein nicht weiterhin gültiger unbefristeter Aufenthaltstitel vorliegt. nur Duldung erteilt am_____ gültig bis ___ Grenzarbeitnehmer: Ausländerbehörde Bitte fügen Sie eine Arbeitsbescheinigung Ihres derzeitigen Im Auftrag Arbeitgebers und ggf. eine Arbeitserlaubnis bei.

Datum, Stempel, Unterschrift

II. Angaben über die Gesundheitsstörungen/Erklärungen Ursache: z.B. angeborene Gesundheits-Welche der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, geistigen störungen, Arbeits-, Verkehrs-, häuslioder seelischen Gesundheitsstörungen und den daraus resultierenden Funkticher Unfall, Berufskrankheit, Kriegs-, onsbeeinträchtigungen haben sich verschlimmert oder sind seit der letzten Ent-Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, scheidung neu aufgetreten? Folgen einer Gewalttat, Impfschaden, sonstige Ursachen 1 2 (3) 4 (5) 6 2. Soll Ihr Antrag alle Gesundheitsstörungen, die sich aus den ärztlichen Unterlagen ergeben - auch wenn sie unter II.1 von Ihnen nicht aufgeführt wurden - umfassen? Nein Wir empfehlen Ihnen, Ihren behandelnden Arzt über den Antrag zu unterrichten. Beachten Sie bitte, dass die nicht zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen auch nicht in die Bewertung des Grades der Behinderung einbezogen werden können. III. Angaben zu behandelnden Ärzten/Fachärzten/Kliniken wegen der unter II. angegebenen Gesundheits-1. Hausarzt störungen (Nr. 1 - 6 bitte ankreuzen) Name: bitte Spalte un-① ② bedingt aus-Datum der letzten füllen Behandlung: \bigcirc Straße: PLZ/Ort: 2. Fachärzte / Fachrichtung Überweisung (1) (2)Datum der letzten durch den Behandlung: Name/Fachrichtung: Hausarzt Straße: ☐ ja (5) (6)PLZ/Ort: nein Datum der letzten Name/Fachrichtung: 1) (2) Behandlung: ③ ④ ☐ ja Straße: (5) (6)PLZ/Ort: nein Datum der letzten Name/Fachrichtung: 1) (2) Behandlung: ☐ ja 3 4 Straße: nein (5) (6)PLZ/Ort: Datum der letzten Name/Fachrichtung: 1 2 Behandlung:

Straße:

PLZ/Ort:

3 4

(5) (6)

☐ ja

☐ nein

3. Krankenhausbehandlungen		wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1 - 6 bitte ankreuzen)		
		(141. 1 - 0	·	
Name:			Behandlungszeitraum	
		① (② von - bis	
Abteilung, Station:		3 (4	
Straße:			stationär	
PLZ/Ort:		(5) (⑥ □ ambulant	
Name:		① (② Behandlungszeitraum	
			von - bis	
Abteilung, Station:		3 (4	
Straße:			□ □ stationär	
PLZ/Ort:		(5) (⑥ ☐ stationar ☐ ambulant	
4. Reha-Einrichtungen/Kurkli	iniken	Gesundhe	er unter II. angegebenen eitsstörungen bitte ankreuzen)	
Name:			Behandlungszeitraum	
			von - bis	
			2	
Straße:		3 (4	
PLZ/Ort:		(5) (6	
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. k 	Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):		_	
			stationär	
Name:			□ ambulant Behandlungszeitraum	
ivaille.			von - bis	
		① (2	
Straße:		_	4	
PLZ/Ort:				
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. k	Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):	(5)	6	
			stationär ambulant	
			ambulani	
IV. Angaben zu früheren Feststellungen				
Wurde bereits eine Entscheidung getroffen				
 von einem Versorgungsamt/Landratsamt oder einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Wehrbereichsgebührnisamt) oder einem Gericht über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) bzw. über das Vorliegen von Schädigungsfolgen und den darauf beruhenden Grad der Schädigungsfolgen (GdS)? 				
☐ Ja ☐ Nein ☐ Entscheidung noch nicht ergangen				
von einer Berufsgenossenschaft über das Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit und der darauf beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)				
oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (Bitte Feststellungsbescheide oder Unterlagen beifügen)				
☐ Ja ☐ Nein ☐ Entscheidung noch nicht ergangen ggf. Unfalltag: und Arbeitgeber:				
		Т		
Gesundheitsstörungen	Verwaltungsbehörde/Leistungsträger		Geschäftszeichen des Vorgangs	
3. Erhalten Sie Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt?				
Anschrift und Versicherungsnummer des Sozialversicherungsträgers:				
3-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1				

4. Erhalten Sie Pflegegeld oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?				
☐ Ja ☐ Nein ☐ Entscheidung noch nicht ergangen Pflegegrad:	Beginn der Leistung:			
	letzte Untersuchung:			
Anschrift und Geschäftszeichen des Leistungsträgers (Krankenkasse/Pflegek	kasse):			
5. Bei behinderten Kindern (von den Eltern auszufüllen):	_			
Besucht Ihr Kind eine/n Behinderteneinrichtung/-kindergarten/-schule <u>oder</u> Gezeichnung und Anschrift:	eine/n Regelkindergarten bzw. Regelschule 🔲			
<u>_</u>	_			
Werden Leistungen der Eingliederungshilfe vom Sozialamt bezogen?	Nein			
6. Bei welchen sonstigen bisher nicht angegebenen Stellen k\u00f6nnen weitere die Gesundheitsst\u00f6rungen betreffende Unterlagen angefordert werden (z.B.: Blindenhilfe)?				
Bezeichnung und Anschrift:				
V. Allgemeiner Hinweis				
	W. Namana Karakatta N. da Humana Karakatta Karakatta Karakatta Karakatta Karakatta Karakatta Karakatta Karakat			
Wenn Sie diesem <u>Antrag</u> bereits ein <u>farbiges Passbild beifügen</u> , (Rückseite mit Namen beschriften) <u>wird Ihnen</u> bei Vorliegen der Voraussetzungen (Grad der Behinderung wenigstens 50) <u>der Ausweis direkt übersandt,</u> sofern keine Zweifel an der Identität bestehen.				
Für Kinder unter 10 Jahren ist kein Passbild einzureichen. Dies gilt auch für Menschen, die das Haus nicht oder nur mit Hilfe eines Krankenwagens verlassen können.				
VI. Erklärung zum Datenschutz und Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht				
Die Angaben im Antragsformular sind erforderlich, damit das Landratsamt das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung nach § 152 SGB IX feststellen kann.				
Sie sind gem. § 60 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (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. Feststellungen				
nach § 152 SGB IX können gem. § 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 vorsorglich darauf aufmerksam, dass Ihre Daten zur Durchführung des SGB IX mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage				
gespeichert werden. Sofern ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt wird, erfolgt eine Speicherung Ihres Passbildes für die Dauer von bis zu sechs Jahren. Sie können dieser Speicherung widersprechen.				
Die Akten werden möglicherweise einem Arzt außerhalb der Verwaltung zur Begutac an Ärzte außerhalb der Verwaltung ebenfalls widersprechen.	chtung zugeleitet. Sie können einer solchen Zuleitung			
Sofern beigefügte Unterlagen nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverst waltungsverfahren und in einem evtl. sich anschließenden Vorverfahren erford				
gegebenen Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtunge Unfall- und Pflegeversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dien				
zieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind. Ich entbinde Ärzte, sonstige beteiligte Personen und Stellen von ihrer Schwe	eigepflicht und stimme der Verwertung der Aus-			
künfte und Unterlagen ausdrücklich zu. Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses				
raam fur eine etwaige Einschlankung des Einverstahuffisses				
Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die dem Landratsamt im Zusammenhang m	nit der Begutachtung nach dem SGR IV hekannt			
geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Renten- oder Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i.V.m. § 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Zehntes				
Buch, SGB X) und ich dem widersprechen kann.	2 i. v.iii. 3 7 0 7 155. 2 6 6 2 1 aige 6 6 1 2 5 1 iii 6 6			
, den	Unterschrift des Antragstellers bzw. des			
	Vertreters (Vollmacht/Bestallungsurkunde/ Betreuerausweis - bitte Kopie - vorlegen)			
Dem Antrag füge ich bei:				
1 farbiges Passbild aus neuester Zeit				
☐ Kopien ärztlicher Befunde				