

Antrag nach § 69 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX /Schwerbehindertenrecht)

| | |
|------------------|-----------------|
| Geschäftszeichen | Eingangsstempel |
|------------------|-----------------|

Bitte sorgfältig und möglichst in Blockschrift ausfüllen und Antrag (Seite 4) bitte unterschreiben !
Zutreffendes ankreuzen

| Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern Abteilung Soziales / Versorgungsamt | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dezernat Neubrandenburg Neustrelitzer Str. 120 17033 Neubrandenburg Tel. 0395 / 380 59719 Fax 0395 / 380 59738 | Mecklenburgische Seenplatte, Altkreise Demmin und Uecker-Randow |
| <input type="checkbox"/> Dezernat Rostock Erich-Schlesinger-Str. 35 18059 Rostock Tel. 0381 / 331 59142 Fax 0381 / 331 59049 | Stadt Rostock Landkreis Rostock |
| <input type="checkbox"/> Dezernat Schwerin Friedrich-Engels-Str. 47 19061 Schwerin Tel. 0385 / 3991 118 Fax 0385 / 3991 105 | Stadt Schwerin, Ludwigslust-Parchim, Nordwestmecklenburg |
| <input type="checkbox"/> Dezernat Stralsund Frankendamm 17 18439 Stralsund Tel. 03831 / 2697 59800 Fax 03831 / 2697 59833 | Vorpommern-Rügen Vorpommern-Greifswald ohne Altkreise Demmin und Uecker-Randow |

①

- Erstantrag**
Ich habe bisher keinen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt
- Änderungsantrag**
Ich habe schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt bei (Behörde und Geschäftszeichen)

②

| Antragstellerin / Antragsteller | |
|---|---|
| Name, Vorname (ggf. Geburtsname) | Geburtsdatum |
| | männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> |
| Straße, Hausnummer | ☎ (tagsüber erreichbar) |
| Postleitzahl, Wohnort, Ortsteil | Amt, Kreis |
| Sind Sie zur Zeit erwerbstätig ? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Stellung im Erwerbsleben/Beruf/Tätigkeit |

③

| Nur bei nichtdeutscher Staatsangehörigkeit ausfüllen. | Staatsangehörigkeit |
|---|---|
| <p>Ausländische Mitbürger und ausländische Familienangehörige von heimatlosen Ausländern (Staatenlose) fügen bitte eine amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltsberechtigung oder eine Abschrift/Ablichtung hiervon bei oder lassen nebenstehende Bestätigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen.</p> <p>Unionsbürger, Angehörige des EWR und ihre Familienangehörigen weisen den Wohnsitz durch Vorlage des Personalausweises oder des Reisepasses nach.</p> <p>Von Grenzarbeitnehmern ist die Arbeitsbescheinigung des jetzigen Arbeitgebers und ggf. die Aufenthaltsgenehmigung bzw. amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltsgenehmigung oder der Ausweis für den kleinen Grenzverkehr vorzulegen oder nebenstehende Bestätigung durch die zuständige Behörde vornehmen zu lassen.</p> | <p>Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf. Aufenthaltsberechtigung ist beschränkt bis _____</p> <p>_____ (Datum, Stempel, Unterschrift d. Ausländerbehörde)</p> |

④

| Bevollmächtigte/r / gesetzl. Vertreter/in / Betreuer/in | |
|--|-------------------------|
| Fügen Sie bitte eine Vollmacht bzw. eine Betreuungsurkunde in Kopie bei. | |
| Name, Vorname | |
| Straße, Hausnummer | |
| Postleitzahl, Wohnort, Ortsteil | ☎ (tagsüber erreichbar) |

⑤

| Feststellungsbeginn | |
|---|--|
| Ich beantrage, die Behinderteneigenschaft festzustellen | |
| <input type="checkbox"/> ab Antragseingang | |
| <input type="checkbox"/> rückwirkend ab: | aus welchem Grund |
| | <input type="checkbox"/> steuerliche Gründe <input type="checkbox"/> Landesblindengeld <input type="checkbox"/> Wohngeld / Rente <input type="checkbox"/> |

⑥ Welche Gesundheitsstörung wird **erstmalig** als Behinderung geltend gemacht ?
 Welche Gesundheitsstörung ist seit der letzten Feststellung hinzugetreten ?

Führen Sie bitte nur Gesundheitsstörungen auf, die zu dauernden Funktionsbeeinträchtigungen führen und noch nicht festgestellt wurden.

| | | Ursachenschlüssel |
|----|----------------------|--------------------------|
| a) | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte zu jeder Gesundheitsstörung den jeweils zutreffenden Ursachenschlüssel eintragen

1 = angeborene Behinderung

2 = anerkannter Arbeitsunfall (einschl. Wege- und Betriebswegeunfall) / anerkannte Berufskrankheit

4 = Verkehrsunfall soweit nicht

5 = häuslicher Unfall Arbeitsunfall

6 = sonstiger Unfall

7 = Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung

9 = sonstige Krankheit (einschl. Impfschaden)

0 = sonstige Ursachen oder mehrere Ursachen

⑦ Folgende bereits festgestellte Behinderung hat sich seit der letzten Feststellung wesentlich verschlimmert:

| | | |
|----|----------------------|--------------------------|
| f) | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |

! Wenn sich Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurabschlussberichte, EKG-, Laborbefunde, keine Röntgenbilder!) in Ihren Händen befinden, fügen Sie sie bitte diesem Antrag bei. !

Folgende Angaben dienen der medizinischen Sachaufklärung zu den unter Punkt ⑥ und ⑦ geltend gemachten Gesundheitsstörungen:

⑧ **Hausarzt** Name und Anschrift /letzte Vorstellung war am:

⑨ **Fachärztliche Behandlungen**

| Zeitraum / letzte Behandlung | Name und Anschrift / Fachgebiet | wegen Buchstabe s. Punkt ⑥ und ⑦ |
|------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | a) b) c) d) e) f) g) h) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | a) b) c) d) e) f) g) h) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | a) b) c) d) e) f) g) h) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | a) b) c) d) e) f) g) h) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | a) b) c) d) e) f) g) h) |

⑩ **Krankenhausbehandlung in den letzten 2 Jahren**

| von-bis | Name und Anschrift des Krankenhauses, Station bzw. Abteilung | wegen Buchstabe s. Punkt ⑥ und ⑦ |
|----------------------|--|----------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | a) b) c) d) e) f) g) h) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | a) b) c) d) e) f) g) h) |

11

Wurde ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt (Pflegegeld)

Ja

Nein

Sofern vorhanden, Kopie des Bescheides bitte mitreichen.

Bei welcher Krankenkasse ?

| |
|--------------------------------------|
| Name der Krankenkasse / Aktenzeichen |
| Anschrift |

12

Reha-Maßnahmen in den letzten 2 Jahren

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| von-bis | Name und Anschrift der Reha-Anstalt | Wegen welcher Behinderung |
| | | |
| Name des Kostenträgers | Aktenzeichen / Versicherungs-Nr. | |
| Anschrift des Kostenträgers | | |

13

Bei welchen Stellen befinden sich weitere ärztliche Unterlagen (z. B. Deutsche Rentenversicherung ..., Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Gesundheitsamt, ARGE medizinischer Dienst, ARGE psychologischer Dienst, Bundesagentur für Arbeit, Sonderschule, Amtsgericht)?

| | | |
|---|----------------------------------|----------------------------|
| Behörde/ Dienststelle - genaue Anschrift angeben- | Aktenzeichen / Versicherungs-Nr. | Wegen welcher Behinderung? |
| | | |
| | | |

14

Leistungen anderer Stellen

Ich erhalte von folgender Stelle Leistungen:

- Gesetzl. Unfallversicherungsträger (z. B. nach Arbeits-/ Dienstunfall) ja nein beantragt
- Versorgungsverwaltung (z. B. wegen einer Schädigung als Soldat oder Gewaltopfer) ja nein beantragt

| | | |
|---|----------------------------------|----------------------------|
| Behörde/ Dienststelle - genaue Anschrift angeben- | Aktenzeichen / Versicherungs-Nr. | Wegen welcher Behinderung? |
| | | |
| | | |

15

Merkzeichen

Ich beantrage die Feststellung folgender Merkzeichen:

- Merkzeichen "G" (wegen erheblicher Gehbehinderung)
- Merkzeichen "B" (wegen der Notwendigkeit ständiger Begleitung)
- Merkzeichen "aG" (wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung)
- Merkzeichen "H" (wegen Hilflosigkeit)
- Merkzeichen "RF" (weil eine leidensbedingte ständige Teilnahme am öffentlichen Leben, auch mit Begleitperson und Hilfsmitteln dauerhaft nicht möglich ist bzw. eine ausgeprägte Hör- oder Sehbehinderung vorliegt)
- Merkzeichen "Bl" (wegen Blindheit) oder "HS" (wegen Hochgradiger Sehbehinderung)
- Merkzeichen "Gl" (wegen Gehörlosigkeit)

Schwerbehindertenausweis

Ich beantrage

- die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises
- nur die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises nach § 69 Abs. 2 SGB IX, weil die Feststellung vorliegender Behinderungen bereits von einer anderen Stelle (Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) getroffen worden ist (siehe auch Punkt 14).
- Ich benötige keinen Ausweis.

Hinweis

Soweit Sie über die auf Seite 2 unter ⑥ a - e und ⑦ f - h aufgeführten Gesundheitsstörungen ärztliche Unterlagen in Ihren Händen haben, fügen Sie diese bitte bei. Originale werden Ihnen nach Auswertung umgehend wieder zurückgesandt. Wenn Sie die kompletten ärztlichen Befunde für alle geltend gemachten Gesundheitsstörungen dem Antrag beifügen können, ist eine schnellere Entscheidung über Ihren Antrag möglich.

Entstandene Kosten für selbst beigebrachte Unterlagen werden durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern -Versorgungsamt- nicht erstattet.

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht und **keinen weiteren Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt habe**. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden, soweit dies für die Erledigung meines Antrages erforderlich ist.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die in diesem Antrag von mir benannten Ärzte, Psychotherapeuten/Psychologen, Krankenhäuser und Kliniken, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen sowie die weiteren auf den vorhergehenden Seiten benannten Stellen gegenüber dem Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern -Versorgungsamt- über die Gesundheitsstörungen von ihrer Schweigepflicht, die diesem Antrag zugrunde liegen. Die von mir benannten Personen und Stellen dürfen dem Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern -Versorgungsamt- die für diesen Antrag erforderlichen Auskünfte erteilen und Befunde vorlegen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Hinweis zum Widerspruchsrecht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X)

Die von Ärzten oder anderen in § 203 Abs. 1 und 3 Strafgesetzbuch genannten Personen oder Stellen dem Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern -Versorgungsamt- zugänglich gemachten Gutachten dürfen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden, wenn Sie nicht widersprochen haben. Sofern Sie nicht widersprechen, kann das Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern -Versorgungsamt- diese Gutachten auf Anfrage beispielsweise an Renten- oder Unfallversicherungsträger übermitteln, wenn dies im Rahmen einer Begutachtung für eine Sozialleistung oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung erforderlich wäre.

Einen Widerspruch gegen die Übermittlung von Gutachten können Sie jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt während der Geschäftszeiten bei dem Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern -Versorgungsamt- einlegen.

Hinweis auf Mitwirkungspflichten

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I). Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen gesetzlich vorgeschriebenen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Als Anlage füge ich bei: