



An das
Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung

Geschäftszeichen	Vorgang nicht vorhanden Daten erfasst am mit ohne masch. Eing.-Best.
-------------------------	--

Erst-Antrag

auf Feststellung einer Behinderung nach § 152 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Schwerbehindertenrecht –

Wichtige Hinweise

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – **möglichst in Blockschrift!** Sie können dieses Formular auch am Bildschirm mit dem Acrobat Reader ausfüllen und drucken.

Ihre Angaben sind für die Bearbeitung notwendig. Wer Sozialleistungen beantragt, hat gemäß § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen anzugeben. Dies gilt für das Verfahren nach § 152 SGB IX entsprechend. Außerdem sollen Sie nach § 21 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken, insbesondere Ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben. Soweit und solange es zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgabe aus § 152 SGB IX notwendig ist, werden Ihre Sozialdaten gespeichert. Rechtsgrundlage ist § 67 c SGB X.

Vergessen Sie bitte nicht, den Antrag zu unterschreiben!

Der Schwerbehindertenausweis ist regelmäßig mit einem Passbild des Ausweisinhabers zu versehen. **Bitte fügen Sie dem Antrag daher bereits ein Passbild bei!** Wenn die Voraussetzungen zur Ausstellung eines Ausweises nicht festgestellt werden, erhalten Sie das Passbild wieder zurück. Geben Sie bitte auf der Rückseite des Passbildes Ihren Vor- und Zunamen sowie Ihren Wohnort an.

Wenn sich Unterlagen über Ihren Gesundheitszustand (zum Beispiel Befundberichte, ärztliche Gutachten, EKG-, Labor- oder Röntgenbefunde) in Ihrem Besitz befinden, die nicht älter als zwei Jahre sind, reichen Sie diese bitte mit dem Antrag ein! Dadurch können Sie das Verfahren beschleunigen!

Angaben zur Person

Familienname

Vorname

gegebenenfalls Geburtsname

Geburtsdatum

Geschlecht

weiblich männlich

Postleitzahl Wohnort

Straße und Hausnummer

Freiwillige Angaben
Telefon (tagsüber)

E-Mail-Adresse (falls vorhanden)

Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Name, Anschrift und Telefonnummer des gesetzlichen Vertreters/Betreuers angeben. Im Falle einer Betreuung bitte Kopie der Bestellsurkunde beifügen!

Staatsangehörigkeit:

Hinweise für

- **ausländische Mitbürger/innen** aus Nicht-EU-Staaten: Bitte legen Sie eine Kopie des Aufenthaltstitels in Ihrem Reisepass oder eine Bescheinigung der Ausländerbehörde vor.
- **Grenzarbeitnehmer/innen:** Bitte fügen Sie eine Arbeitsbescheinigung ihres derzeitigen Arbeitgebers und gegebenenfalls eine Arbeitserlaubnis bei.

Ich bin erwerbstätig ja nein

Mein Arbeitsplatz ist akut gefährdet ja nein

Krankenversicherung

Bitte geben Sie Name und Anschrift Ihrer Krankenversicherung/Krankenkasse an

Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID)

Wenn Sie Nachteilsausgleiche bei der Lohn- oder Einkommenssteuer (Pauschbetrag für behinderte Menschen) geltend machen wollen, müssen Sie hier Ihre Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID) angeben!

Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen

Welche körperliche(n), geistige(n) und/oder seelische(n) Beeinträchtigung(en) machen Sie geltend?	Ursachenschlüssel
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

Ursachenschlüssel

01 angeborene Gesundheitsstörung	06 sonstiger Unfall
02 Arbeitsunfall/Berufskrankheit (dem Unfallversicherungsträger gemeldet)	07 Kriegs-, Wehrdienst oder Zivildienstbeschädigung
04 Verkehrsunfall	09 sonstige Krankheit (auch Impfschaden)
05 häuslicher Unfall	10 sonstige Ursache

Soll Ihr Antrag alle bestehenden Gesundheitsstörungen umfassen? ja nein

Wenn nein: Welche Gesundheitsstörung(en) soll(en) nicht berücksichtigt werden?

Angaben zu ärztlichen Behandlungen

Name und Anschrift der **Hausärztin/des Hausarztes**

Bei welchen Ärzten/-innen sind beziehungsweise waren Sie außerdem in Behandlung?

von-bis	Name und Anschrift	Fachgebiet	wegen Nr. Unterlagen (Seite 2)	beim Hausarzt?
				ja
				nein
				ja
				nein
				ja
				nein

Krankenhaus- und Reha-Behandlung in den letzten drei Jahren

von-bis	Name und Anschrift	Abteilung Station	wegen Nr. Unterlagen (Seite 2)	beim Hausarzt?
				ja
				nein
				ja
				nein
				ja
				nein

Kostenträger der Reha-Behandlung (Name und Anschrift)

Angaben zu anderweitigen Feststellungen/Begutachtungen

Wurde bereits eine **Feststellung zu den gesundheitlichen Verhältnissen/zu einzelnen Gesundheitsstörungen** und zum Grad der Behinderung (GdB) bzw. Grad der Schädigungsfolgen (GdS) oder zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) getroffen (zum Beispiel von einem Amt für soziale Angelegenheiten/Versorgungsamt, einer anderen Verwaltungsbehörde, einem Sozialversicherungsträger – zum Beispiel Berufsgenossenschaft –, einem Gericht) oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

ja nein

Wenn ja: Bitte geben Sie Name und Anschrift an!

Bitte fügen Sie auch Ihnen vorliegende Gutachten und Bescheide (in Kopie) bei.

