

An das Amt für soziale Angelegenheiten Reiterstraße 16 76829 Landau	Geschäftszeichen	<input type="radio"/> Vorgang – nicht – vorhanden <input type="radio"/> Daten erfasst am mit – ohne – masch. Eing.-Best. <input type="radio"/>
---	-------------------------	---

Erst-Antrag

auf Feststellung einer Behinderung nach § 69 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Schwerbehindertenrecht -

Wichtige Hinweise

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – **möglichst in Blockschrift!** 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 § 69 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 § 69 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 (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, EKG-, Labor- oder Röntgenbefunde) in Ihrem Besitz befinden, die nicht älter als 2 Jahre sind, reichen Sie diese bitte mit dem Antrag ein! Dadurch können Sie das Verfahren beschleunigen!

Angaben zur Person

Familienname		Vorname	
ggf. Geburtsname		Geburtsdatum	Geschlecht
			weiblich männlich
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
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 Bestellungsurkunde 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 ggf. eine Arbeitserlaubnis bei.

Ich bin erwerbstätig	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Mein Arbeitsplatz ist akut gefährdet	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Krankenversicherung:

Bitte geben Sie Name und Anschrift Ihrer Krankenversicherung/Krankenkasse an:

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 <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
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 bzw. waren Sie außerdem in Behandlung

von - bis	Name und Anschrift:	Fachgebiet	wegen Nr. (Seite 2)	Unterlagen beim Hausarzt? Ja / Nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Krankenhaus- und Rehabehandlung in den letzten 3 Jahren

von - bis	Name und Anschrift:	Abteilung / Station	wegen Nr. (Seite 2)	Unterlagen beim Hausarzt? Ja / Nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kostenträger der Rehabehandlung (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 (z.B. von einem anderen Amt für soziale Angelegenheiten / Versorgungsamt, einer anderen Verwaltungsbehörde, einem Sozialversicherungsträger – z.B. 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.

