



An das
Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung

Geschäftszeichen	Vorgang nicht vorhanden Daten erfasst am
-------------------------	---------------------------------------------

Änderungs-Antrag

nach § 152 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Schwerbehindertenrecht –

auf Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB)

auf Feststellung des/der Merkzeichen(s)

G (erheblich gehbehindert)

H (hilflos)

GL gehörlos

BI (blind)

B (Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel)

aG (außergewöhnlich gehbehindert)

RF (erheblich hör- oder sehbehindert oder dauernd an die Wohnung gebunden)

1. Kl. (1. Wagenklasse bei Bahnreisen für Kriegsgeschädigte/NS-Verfolgte)

TBI („taubblind“)

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!

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

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!

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 der bereits im letzten Bescheid festgestellten körperliche(n), geistige(n) und/oder seelische(n) **Beeinträchtigung(en)** haben sich verschlimmert?

Ursachenschlüssel

1.

2.

3.

Welche körperliche(n), geistige(n) und/oder seelische(n) **Beeinträchtigung(en)** machen Sie erstmals geltend?

Ursachenschlüssel

4.

5.

6.

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. (Seite 2)	Unterlagen 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. (Seite 2)	Unterlagen 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.

Erhalten Sie **Rente wegen Erwerbsminderung** aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? Laufen Untersuchungen beim Rentenversicherungsträger?

ja nein Ich erhalte Rente ab:

Bitte geben Sie hier Name, Anschrift und Aktenzeichen des Rentenversicherungsträgers an!

Haben Sie bei der **Pflegekasse/Pflegeversicherung** Pflegeleistungen beantragt?

ja, am nein.

Wenn ja: Der Antrag wurde abgelehnt.
 Der Antrag wurde bewilligt. Ich bin in Pflegegrad eingestuft.
 Über den Antrag wurde noch nicht entschieden.
 Untersuchung fand statt/ist vorgesehen für

Bitte geben Sie Name, Anschrift und Aktenzeichen der Kasse/Versicherung an!

Bei welcher bisher noch nicht genannten Stelle (zum Beispiel Gesundheitsamt, Agentur für Arbeit, Sozialamt) befinden sich **weitere** die Gesundheitsstörung(en) betreffende **Unterlagen**?

Bitte geben Sie Name, Anschrift und Aktenzeichen der Stelle an!

Einverständniserklärung

Die erteilte Einverständniserklärung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen oder einschränken. Ich weiß, dass ich dann möglicherweise auch meine Rechte nicht oder lediglich eingeschränkt umsetzen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass die in diesem Verwaltungsverfahren und einem sich eventuell anschließenden Vorverfahren notwendigen Auskünfte bei den von mir benannten Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Krankenanstalten (auch privaten), gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie den sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden eingeholt werden können. Ich bin auch damit einverstanden, dass die dort geführten Unterlagen (zum Beispiel Röntgenbilder, Krankenpapiere, Arztbriefe, etc. im erforderlichen Umfang beigezogen werden. Die beteiligten Ärztinnen/Ärzte entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass die Auskünfte und Unterlagen in den Verfahren verwendet werden.

Keine Auskünfte und Unterlagen dürfen eingeholt werden bei:

Ich nehme zur Kenntnis, dass die in diesem Verwaltungsverfahren bekannt gewordenen Sozialdaten

- erfasst und gespeichert werden (§ 67 c SGB X) und
- für eigene gesetzliche soziale Aufgaben, aber auch an andere Stellen im Sinne des § 35 SGB I (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgaben nach § 69 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X übermittelt werden dürfen, **falls ich nicht ausdrücklich widerspreche**.

Ort	Datum	Unterschrift (Einverständniserklärung) gegebenenfalls des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers
-----	-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

Ort	Datum	Unterschrift (Antrag) gegebenenfalls des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers
-----	-------	------------------------------------------------------------------------------------

Folgende Unterlagen füge ich bei: Passbild aktuelle ärztliche Unterlagen