

An das Landratsamt / die kreisfreie Stadt

Landratsamt Weimarer Land
Sozialamt
SG Schwerbehindertenfeststellungsverfahren
Bahnhofstr. 28
99510 Apolda

Bitte für amtliche Zwecke freihalten

Eingangsstempel

Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gemäß § 152 Neuntem Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

– Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) und von Merkzeichen, Ausstellung eines Ausweises –

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

bitte füllen Sie den Antragsvordruck sorgfältig und vollständig - möglichst in Druckschrift aus.

Sie können ihn aber auch am Computer ausfüllen und dann ausdrucken.

Ihre vollständigen Angaben erleichtern die Sachaufklärung, vermeiden Rückfragen und beschleunigen so die Bearbeitung.

Beachten Sie bitte die Anlage "Erklärungen zu rechtlichen Grundlagen" sowie die Hinweise und Tipps im Merkblatt zum Antrag und vergessen Sie bitte nicht, sowohl den Antrag als auch die Einwilligungserklärung auf der Seite 5 zu unterschreiben.

Mit freundlichen Grüßen

Landratsamt Weimarer Land

1	<input type="checkbox"/> Erstantrag Ich habe bisher keinen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt.	
	<input type="checkbox"/> Änderungsantrag Ich habe schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt bei: <table border="1"><tr><td>Behörde</td><td>Aktenzeichen</td></tr></table>	Behörde
Behörde	Aktenzeichen	
	Besitzen Sie von einem anderen Amt einen Schwerbehindertenausweis? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie beifügen	
	<input type="checkbox"/> Dieser Antrag soll gleichzeitig als Antrag auf Bewilligung von Leistungen nach dem Thüringer Sinnesbehindertengeldgesetz (Thür SinnbGG) gelten.	

Antragstellerin / Antragsteller

2	Nachname (ggf. Geburtsname), Vorname	Geburtsdatum	weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>
	Straße, Hausnummer	Telefon (tagsüber erreichbar)	Telefax	
	PLZ	derzeitiger Wohnsitz (bitte Ortsteil mit angeben)		
3	Sind Sie zur Zeit erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
4	Staatsangehörigkeit			
	Angehörige eines Staates außerhalb der EU: Bitte legen Sie eine amtliche Bescheinigung der Ausländerbehörde über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Kopie des Aufenthaltstitels vor.			

Bevollmächtigte/r, gesetzliche/r Vertreter/in, Betreuer/in (falls vorhanden)

5	Nachname, Vorname	
	Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)	Telefon (tagsüber erreichbar)
Fügen Sie bitte eine Vollmacht bzw. eine Betreuungsurkunde in Kopie bei!		

Feststellungsbeginn

6	<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Feststellung ab dem Antragseingang. <input type="checkbox"/> Aufgrund eines besonderen Interesses beantrage ich eine rückwirkende Feststellung ab wegen Steuer* <input type="checkbox"/> wegen Rente <input type="checkbox"/> oder wegen
* Fügen Sie bitte einen Nachweis bei, dass durch die rückwirkende Feststellung konkrete steuerrechtliche Vorteile entstehen (Bescheinigung des zuständigen Finanzamtes).	

Angaben zu den Gesundheitsstörungen

7	Welche Gesundheitsstörungen werden erstmalig als Behinderungen geltend gemacht? Welche Gesundheitsstörungen sind seit der letzten Feststellung hinzugetreten? Geben Sie bitte nur Gesundheitsstörungen an, die zu dauernden Funktionsbeeinträchtigungen führen.																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Bezeichnung der Funktionsbeeinträchtigung</th> <th style="width: 10%;">Ursachenschlüssel</th> <th style="width: 30%;">Geben Sie bitte zu jeder Beeinträchtigung den jeweiligen Ursachenschlüssel an:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">a)</td><td></td><td rowspan="6" style="padding: 2px; vertical-align: top;"> 01 = angeborene Behinderung 02 = Arbeitsunfall einschließlich Wege- und Betriebsunfall, Berufskrankheit 04 = Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall 05 = häuslicher Unfall, soweit nicht Arbeitsunfall 06 = sonstiger nicht bezeichneter Unfall 07 = anerkannte Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung 09 = sonstige Krankheiten einschließlich Impfschaden ohne Berufskrankheit 10 = sonstige oder mehrere Ursachen </td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">b)</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">c)</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">d)</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">e)</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">f)</td><td></td></tr> </tbody> </table>	Bezeichnung der Funktionsbeeinträchtigung	Ursachenschlüssel	Geben Sie bitte zu jeder Beeinträchtigung den jeweiligen Ursachenschlüssel an:	a)		01 = angeborene Behinderung 02 = Arbeitsunfall einschließlich Wege- und Betriebsunfall, Berufskrankheit 04 = Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall 05 = häuslicher Unfall, soweit nicht Arbeitsunfall 06 = sonstiger nicht bezeichneter Unfall 07 = anerkannte Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung 09 = sonstige Krankheiten einschließlich Impfschaden ohne Berufskrankheit 10 = sonstige oder mehrere Ursachen	b)		c)		d)		e)		f)			
Bezeichnung der Funktionsbeeinträchtigung	Ursachenschlüssel	Geben Sie bitte zu jeder Beeinträchtigung den jeweiligen Ursachenschlüssel an:																	
a)		01 = angeborene Behinderung 02 = Arbeitsunfall einschließlich Wege- und Betriebsunfall, Berufskrankheit 04 = Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall 05 = häuslicher Unfall, soweit nicht Arbeitsunfall 06 = sonstiger nicht bezeichneter Unfall 07 = anerkannte Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung 09 = sonstige Krankheiten einschließlich Impfschaden ohne Berufskrankheit 10 = sonstige oder mehrere Ursachen																	
b)																			
c)																			
d)																			
e)																			
f)																			
8	Folgende, bereits festgestellte Behinderungen haben sich seit der letzten Feststellung wesentlich verschlimmert:																		

Wurde bereits von anderen Behörden eine Feststellung getroffen? – ggf. Bescheidkopie beifügen

9	<input type="checkbox"/> Unfallversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
	<input type="checkbox"/> Versorgungsverwaltung (Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, SED-Unrechtsbereinigungsgesetz, Thüringer Sinnesbehindertengeldgesetz usw.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
	<input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. Leistungen der Pflegekasse)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
	Behörde/Dienststelle – genaue Anschrift –	Geschäftszeichen, Versicherungsnummer	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

Haben Sie ein besonderes Begehren bezüglich der Feststellung von Merkzeichen? (siehe Merkblatt)

10	Insbesondere begehre ich die Feststellung folgender Merkzeichen:			
	<input type="checkbox"/> G	gehbehindert	<input type="checkbox"/> BI	blind
	<input type="checkbox"/> aG	außergewöhnlich gehbehindert	<input type="checkbox"/> GI	gehörlos
	<input type="checkbox"/> B	zur Mitnahme einer Begleitperson berechtigt	<input type="checkbox"/> RF	Ermäßigung des Rundfunkbeitrages
	<input type="checkbox"/> H	hilfflos	<input type="checkbox"/> TBI	taubblind

Folgende Funktionsbeeinträchtigungen sind vom Feststellungsverfahren auszuschließen:

11	
	Beachten Sie bitte, dass diese Funktionsbeeinträchtigung dann bei der Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) und ggf. festzustellender Merkzeichen unberücksichtigt bleiben.

Geben Sie bitte an, von welchen Ärzten/Kliniken Befundberichte bzw. Unterlagen zu den von Ihnen geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen angefordert werden können. Mit der Erklärung zu Nummer 18 entbinden Sie die Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Hausarzt

12	Nachname, Vorname		
	Straße, Hausnummer		
	PLZ	Wohnort	Datum der letzten Behandlung

Fachärzte wegen geltend gemachten Behinderungen in den **letzten zwei Jahren** bzw. seit der **letzten Feststellung**

13	Behandlung von – bis	Name, Anschrift, Fachgebiete	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

Krankenhausbehandlung wegen der geltend gemachten Behinderungen in den **letzten zwei Jahren** bzw. seit der **letzten Feststellung**

14	Behandlung von – bis	Name, Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, ggf. Name des behandelnden Arztes und dessen Fachrichtung	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

Reha- bzw. Kurbehandlung in den letzten zwei Jahren bzw. seit der letzten Feststellung

15	Behandlung von - bis			
	Name der Klinik			
	Anschrift der Klinik			
	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?			
	Name des Kostenträgers	(z.B. Deutsche Rentenversicherung, Krankenversicherung)		
	Anschrift des Kostenträgers			
	Aktenzeichen		Versicherungsnummer	
	Behandlung von - bis			
	Name der Klinik			
	Anschrift der Klinik			
	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?			
	Name des Kostenträgers			
	Anschrift des Kostenträgers			
	Aktenzeichen		Versicherungsnummer	

Krankenkasse

16	Name der derzeitigen Krankenkasse			
	Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)			

Weitere ärztliche Unterlagen wegen der geltend gemachten Behinderungen in den letzten 2 Jahren bzw. seit der letzten Feststellung

17	Bei welchen Stellen befinden sich außer den zur Begründung dieses Antrages bereits beigefügten Unterlagen noch weitere, die Behinderung betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw. (z. B. bei der Deutschen Rentenversicherung, Agenturen für Arbeit, Sonderschulen)?			
	Behörde/Dienststelle			
	Genauere Anschrift			
	Geschäftszeichen		Versicherungsnummer	
	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?			
	Behörde/Dienststelle			
	Genauere Anschrift			
	Geschäftszeichen		Versicherungsnummer	
	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?			
	Behörde/Dienststelle			
	Genauere Anschrift			
	Geschäftszeichen		Versicherungsnummer	
	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?			

TLVWA 600 - 01 - 05/18

Bitte senden Sie auch Unterlagen ein, die sich in Ihren Händen befinden. Sie können damit zu einer Verkürzung der Bearbeitungsdauer beitragen.

(Bitte senden Sie, wenn möglich, Kopien ein. Originale werden vom Amt nach erfolgter Auswertung unverzüglich zurückgesandt.)

Folgende Unterlagen füge ich bei:

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung des Grades der Behinderung und von Merkzeichen gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Änderungen des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag eintreten, werde ich der zuständigen Behörde unverzüglich mitteilen.

Die beigelegte Anlage zum Antrag „Erklärungen zu rechtlichen Grundlagen“ habe ich erhalten und bestätige mit meiner Unterschrift die Kenntnisnahme und ausdrückliche Zustimmung.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers, gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten, Betreuers

– Die nachfolgende Einwilligungserklärung bitte unbedingt unterschreiben –

18	Einwilligungserklärung					
<p>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die für das Feststellungsverfahren und Ausweiswesen zuständige Behörde die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag bzw. im weiteren Verfahren von mir benannten Ärzten und Krankenanstalten sowie bei Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind), insbesondere Entlassungsberichte/Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden Behinderungen geben können.</p> <p>Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht eingeschränkt habe, u. a. auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen.</p> <p>Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein sich evtl. anschließendes Rechtsbehelfsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.</p> <p>Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte und Psychologen insoweit von ihrer Schweigepflicht.</p>						
<table border="1"><tr><td>Mit der Einholung von Auskünften und Unterlagen bei folgenden Stellen (z. B. Ärzten, Krankenanstalten usw.) bin ich <u>nicht</u> einverstanden.</td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>		Mit der Einholung von Auskünften und Unterlagen bei folgenden Stellen (z. B. Ärzten, Krankenanstalten usw.) bin ich <u>nicht</u> einverstanden.				
Mit der Einholung von Auskünften und Unterlagen bei folgenden Stellen (z. B. Ärzten, Krankenanstalten usw.) bin ich <u>nicht</u> einverstanden.						

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers, gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten, Betreuers

TLVwA 600 - 01 - 05/18

Erklärungen zu rechtlichen Grundlagen

Datenschutz:

Der Schutz Ihrer Sozialdaten ist gewährleistet. Die in diesem Formular erbetenen Angaben (Daten) werden für die Bearbeitung benötigt. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung ergeben sich aus den gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchst. e und Art. 9 Abs. 2 Buchst. b der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) angepassten Vorschriften in §§ 67 a - c SGB X in Verbindung mit § 152 und § 214 SGB IX.

Die Daten werden im Antragsverfahren vom Landratsamt Weimarer Land sowie in einem sich evtl. anschließenden Rechtsbehelfsverfahren vom Thüringer Landesverwaltungsamt sowohl in Papierform als auch elektronisch gespeichert.

Der Zeitpunkt der Löschung der elektronischen Akten bzw. Vernichtung der Akten orientiert sich an verwaltungsrechtlichen Dokumentationspflichten (z. B. bei Wegzug, Aktenabgabe, Tod) und variiert zwischen ein und zehn Jahren.

Wenn das Landratsamt Weimarer Land sowie das Thüringer Landesverwaltungsamt Auskünfte von Dritten (z. B. von Ärztinnen und Ärzten) benötigt, ist dafür Ihre Zustimmung erforderlich (Einwilligungserklärung), die jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann.

Verantwortliche Behörden gemäß Art. 4 Abs. 7 DSGVO sind das Landratsamt Weimarer Land, Sozialamt, SG Schwerbehindertenfeststellungsverfahren, Bahnhofstraße 28, 99510 Apolda, sowie das Thüringer Landesverwaltungsamt, Referat 600, Karl-Liebknecht-Str. 4, 98527 Suhl.

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten des Landratsamtes Weimarer Land: Bahnhofstraße 28, 99510 Apolda, Tel.: 03644/540764, E-Mail: franke.martin@wl.thueringen.de

Kontaktdaten des behördlichen Datenschutzbeauftragten des Thüringer Landesverwaltungsamtes: Jorge-Semprún-Platz 4, 99423 Weimar, Tel.: 0361/57332-1299, E-Mail: datenschutz@tlvwa.thueringen.de

Folgende Rechte stehen Ihnen nach Art. 15 bis 22 DSGVO in Verbindung mit §§ 83 - 84 SGB X zu:

1. Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person verarbeiteten Daten.
2. Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten zu Ihrer Person.
3. Recht auf Löschung nicht (mehr) benötigter Daten zu Ihrer Person.
4. Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu Ihrer Person.
5. Recht auf jederzeitigen Widerspruch gegen die Datenverarbeitung. Ein derartiger Widerspruch kann jedoch wegen fehlender Mitwirkung zu einer Ablehnung Ihres Antrags führen.
6. Recht auf Ausschluss einer ausschließlich automatisierten Entscheidung.

Ebenfalls steht Ihnen zur Gewährleistung einer fairen und transparenten Verarbeitung der Daten gemäß Art. 13 Abs. 2d DSGVO ein Beschwerderecht bei folgender Stelle zu: Thüringer Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (TLfDI), Häßlerstr. 8, 99096 Erfurt, Postanschrift: Postfach 900455, 99107 Erfurt, Tel.: 0361/573112900, Fax: 0361/573112904, E-Mail: poststelle@datenschutz.thueringen.de

Kenntnisnahme weiterer Informationen:

Ich nehme zur Kenntnis, dass medizinische Daten, die dem Landratsamt Weimarer Land bzw. dem Thüringer Landesverwaltungsamt vorliegen und/oder aufgrund meiner Einwilligungserklärung zugehen,

- an andere Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung nach dem Sozialgesetzbuch übermittelt werden dürfen. Einer solchen Weitergabe kann jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widersprochen werden.
- an intern und extern beauftragte Gutachterinnen und Gutachter, die dem Datenschutz verpflichtet sind und einer Verschwiegenheitsverpflichtung unterliegen, zur medizinischen Beurteilung nach dem Sozialgesetzbuch IX (§ 152 SGB IX) übermittelt werden.

Rechtsgrundlage für die Tätigkeit externer Gutachterinnen/Gutachter:

Externe Gutachterinnen und Gutachter sind auf der Basis einer Vereinbarung für das Landratsamt Weimarer Land tätig.

Mit dieser Vereinbarung verpflichten sich die Gutachterinnen und Gutachter:

- Datenschutz und Datensicherheit zu gewährleisten,
- die überlassenen Sozialdaten keiner anderweitigen Nutzung und Verwendung zuzuführen und nicht an Dritte weiterzugeben,
- die Daten und Akten durch technisch-organisatorische Maßnahmen so zu schützen, dass Unbefugte keine Zugriffs- bzw. Zugangsmöglichkeit haben.

Mitwirkung:

Für die Entscheidung über Ihren Antrag benötigt das Landratsamt Weimarer Land aktuelle Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Es ist dabei auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Mitwirkung heißt, Sie müssen wahrheitsgemäß alle Tatsachen und Beweismittel angeben, die für die Entscheidung über Ihren Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht von Bedeutung sind (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I). Kommen Sie dieser gesetzlich vorgeschriebenen Mitwirkungspflicht nicht nach, kann das Versorgungsamt die beantragten Feststellungen ganz oder teilweise versagen (§ 66 Abs. 1 SGB I).