An das Landratsamt / die kreisfreie Stadt

Landkreis Eichsfeld
Sozialamt
SG Versorgungsverwaltung
Postfach 1162
37301 Heilbad Heiligenstadt

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 –*
*(*Für die bloße Verlängerung der Gültigkeitsdauer des Ausweises ist dieser Antrag nicht erforderlich.)*

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
Landkreis Eichsfeld - Die Landrätin

1a

☐ **Erstantrag** Ich habe bisher keinen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt.

☐ **Änderungsantrag** Ich habe schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt bei:

Behörde	Aktenzeichen

Besitzen Sie von einem **anderen** Amt einen Schwerbehindertenausweis?

☐ nein ☐ ja, bitte Kopie beifügen

1b

☐ Dieser Antrag soll gleichzeitig als Antrag auf Bewilligung von Leistungen nach dem Thüringer Sinnesbehindertengeldgesetz (ThürSinnbGG) für blinde, taubblinde bzw. gehörlose Menschen gelten.

Antragstellerin / Antragsteller

2

Nachname (ggf. Geburtsname), Vorname	Geburtsdatum	weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐
Straße, Hausnummer	Telefon (tagsüber erreichbar)	Telefax
PLZ / derzeitiger Wohnsitz (bitte Ortsteil mit angeben)		

3

Sind Sie zur Zeit erwerbstätig?

☐ ja ☐ nein

Staatsangehörigkeit

(Angehörige eines Staates außerhalb der EU: Bitte legen Sie eine amtliche Bescheinigung der Ausländerbehörde über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Kopie des Aufenthalttitels vor.)

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

4

Nachname, Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

*Fügen Sie bitte eine Vollmacht bzw. eine Betreuungsurkunde in Kopie bei! **

* Bei Vertretung/Vollmacht ist der Antrag vom Handlungsbevollmächtigten zu unterschreiben. Der Schriftwechsel wird dann an die vertretende/bevollmächtigte Person gesandt.

Steuerlicher Pauschbetrag für Menschen mit Behinderung

5

Wenn Sie künftig einen Behinderten-Pauschbetrag bei der Einkommensteuer geltend machen wollen, wird Ihre Steuer-Identifikationsnummer sowie Ihre Einwilligung zur Übermittlung der steuerrechtlich relevanten Daten (z. B. Grad der Behinderung, Merkzeichen) an das Finanzamt benötigt. Die Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos widerrufen.

Ich willige ein, dass die zur Inanspruchnahme des Behinderten-Pauschbetrages erforderlichen Daten an die Finanzverwaltung übermittelt werden und beantrage dies hiermit: ☐ ja ☐ nein

Die 11-stellige Steuer-Identifikationsnummer lautet: | | | | | | | | | | | |

(Bei der Antragstellung für ein Kind bitte die Steuer-ID des Kindes eintragen)

Feststellungsbeginn

6

☐ Ich beantrage die Feststellung ab dem Antragseingang.

☐ Aufgrund eines besonderen Interesses beantrage ich eine rückwirkende Feststellung ab

wegen Steuer* ☐ oder wegen Altersrente für schwerbehinderte Menschen ☐ (bitte Datum angeben)

* Fügen Sie bitte einen Nachweis bei, dass durch die rückwirkende Feststellung konkrete steuerrechtliche Vorteile entstehen (Bescheinigung des zuständigen Finanzamtes). Gilt nur für vergangene Jahre. Eine rückwirkende Feststellung innerhalb desselben Steuerjahres ist nicht relevant.
Hinweis: Sofern kein Datum und kein Grund angegeben werden, bleibt die beantragte Rückwirkung unberücksichtigt.

Angaben zu den Gesundheitsstörungen

7

Welche Gesundheitsstörungen werden **erstmals** als Behinderungen geltend gemacht?
Welche Gesundheitsstörungen sind seit der **letzten Feststellung** hinzugetreten?
Geben Sie bitte nur Gesundheitsstörungen an, die zu dauernden Funktionsbeeinträchtigungen führen.
(Bitte keine Diagnoseschlüssel angeben.)

Bezeichnung der Gesundheitsstörungen	Ursachen-schlüssel	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:

Feststellung anderer Behörden

9a **Wurde bereits von einer anderen Behörde eine Feststellung getroffen? - ggf. Bescheidkopie beifügen**

Unfallversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft, Unfallkasse) bzw. Versorgungsverwaltung (Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch --SGB XIV, SED-Unrechtsbereinigungsgesetz, Thüringer Sinnesbehindertengeldgesetz u. s. w.)

☐ ja ☐ nein ☐ beantragt

Behörde/Dienststelle – genaue Anschrift –	Geschäftszeichen, Versicherungsnummer	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

9b **Werden Leistungen der Pflegeversicherung (Pflegegeld) bezogen? - ggf. Kopie des Pflegegutachtens beifügen**

☐ ja ☐ nein ☐ beantragt

Pflegekasse - genaue Anschrift	Geschäftszeichen, Versicherungsnummer	Pflegegrad
		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

TLVwA 600 - 01 - 05/18

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

10	Insbesondere begehre ich die Feststellung folgender Merkzeichen:			
	☐ G	gehbehindert	☐ Bl	blind
	☐ aG	außergewöhnlich gehbehindert	☐ Gl	gehörlos
	☐ B	zur Mitnahme einer Begleitperson berechtigt	☐ RF	Ermäßigung des Rundfunkbeitrages
	☐ H	hilflos	☐ TBl	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	Ort	Datum der letzten Behandlung

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

13	letzte Behandlung	Name, Anschrift, Fachgebiete	Wegen welcher Gesundheitsstörung?
	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? ☐ ja ☐ nein		
	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? ☐ ja ☐ nein		
	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? ☐ ja ☐ nein		
	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? ☐ ja ☐ nein		

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

14	letzte Behandlung	Name, Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, ggf. Name des behandelnden Arztes und dessen Fachrichtung	Wegen welcher Gesundheitsstörung?
	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? ☐ ja ☐ nein		

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	

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			
	Genaue Anschrift			
	Geschäftszeichen		Versicherungsnummer	
	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?			

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

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 beigefügte 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

TLVwA 600 - 01 - 05/18

– Die nachfolgende Einwilligungserklärung bitte unbedingt unterschreiben –

18

Einwilligungserklärung

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 beizieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden Behinderungen geben können.

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht eingeschränkt habe, u. a. auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen.

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.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte und Psychologen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Mit der Einholung von Auskünften und Unterlagen bei folgenden Stellen (z. B. Ärzten, Krankenanstalten usw.) bin ich **nicht** 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 vom Landkreis Eichsfeld 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 der Landkreis Eichsfeld 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 der Landkreis Eichsfeld, Sozialamt, SG Versorgungsverwaltung, Postfach 1162, 37301 Heilbad Heiligenstadt, sowie das Thüringer Landesverwaltungsamt, Referat 600, Karl-Liebknecht-Str. 4, 98527 Suhl.
Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten des Landkreises Eichsfeld: IT-Sicherheits- und Datenschutz-beauftragter, Friedensplatz 8, 37308 Heilbad Heiligenstadt,
Tel.: 03606/6501060, E-Mail: it-sicherheit@kreis-eic.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 der Landkreis Eichsfeld bzw. dem Thüringer Landesverwaltungsamt vorliegen und/oder aufgrund meiner Einwilligungserklärung zugehen,

- an andere Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft, Integrationsamt) 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 den Landkreis Eichsfeld 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 der Landkreis Eichsfeld aktuelle Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Sie 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 zuständige Amt die beantragten Feststellungen ganz oder teilweise versagen (§ 66 Abs. 1 SGB I).

TLVwA 600 - 01 - 05/18