Antrag nach § 152 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX /Schwerbehindertenrecht)

(SGB IX /Schwerbehindertenrecht)	Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern Abteilung Soziales / Versorgungsamt
Bitte sorgfältig und möglichst in Blockschrift ausfüllen und Antrag (Seite 4) bitte unterschreiben!	Dezernat Neubrandenburg Neustrelitzer Straße 120 17033 Neubrandenburg Tel. 0385 / 588-59970 behinderung.nb@lagus.mv-regierung.de Mecklenburgische Seenplatte. Altkreise Demmin und Uecker-Randow
Erstantrag Ich habe bisher keinen Antrag nach dem	Dezernat Rostock Friedrich-Engels-Platz 5-8 18055 Rostock Tel. 0385 / 588-59950 behinderung.rostock@lagus.mv-regierung.de Dezernat Schwerin Stadt Rostock Landkreis Rostock Stadt Rostock Landkreis Rostock Stadt Schwerin,
Schwerbehindertenrecht gestellt Änderungsantrag Ich habe schon einmal einen Antrag nach dem	Friedrich-Engels-Str. 47 19061 Schwerin Tel. 0385 / 588-59960 behinderung.schwerin@lagus.mv-regierung.de
Schwerbehindertenrecht gestellt bei (Behörde und Geschäftszeichen)	Dezernat Stralsund Frankendamm 17 18439 Stralsund Tel. 0385 / 588-59980 behinderung.stralsund@lagus.mv-regierung.de Frankendamm 17 18439 Stralsund Vorpommern-Rügen Vorpommern-Greifswald ohne Altkreise Demmin und Uecker-Randow
Antragstellerin / Antragsteller	
Name, Vorname (ggf. Geburtsname)	Geburtsdatum männl. weibl. divers
Straße, Hausnummer	(tagsüber erreichbar)
Postleitzahl, Wohnort, Ortsteil	E-Mail
Sind Sie zur Zeit erwerbstätig? ja nein Steuer-Identifikation	snummer
Nur bei nichtdeutscher Staatsangehörigkeit ausfüllen.	
Ausländische Mitbürger und ausländische Familienangehör von heimatlosen Ausländern (Staatenlose) fügen bitte eine ar Bescheinigung über die Aufenthaltsberechtigung oder eine Absch Ablichtung hiervon bei oder lassen nebenstehende Bestätigung die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen. Unionsbürger, Angehörige des EWR und ihre Familienangehörigen weisen den Wohnsitz durch Vorlage des Personalausweises oder des Reisepasses nach. Von Grenzarbeitnehmern ist die Arbeitsbescheinigung des jetz Arbeitgebers und ggf. die Aufenthaltsgenehmigung bzw. amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltsgenehmigung oder der Auswefür den kleinen Grenzverkehr vorzulegen oder nebenstehende Bestätigung durch die zuständige Behörde vornehmen zu lassen. Bevollmächtigte/r / gesetzl. Vertreter/in / Be	ntliche rift/ urch Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf. Aufenthaltsberechtigung ist beschränkt bis zigen is (Datum, Stempel, Unterschrift d. Ausländerbehörde)
Bitte zwingend Vollmacht oder Betreuungsurkunde i	
Name, Vorname	männl. weibl. divers
Straße, Hausnummer	(tagsüber erreichbar)
Postleitzahl, Wohnort, Ortsteil	E-Mail
Feststellungsbeginn	
Ich beantrage, die Behinderteneigenschaft festzustell ab Antragseingang	en
rückwirkend ab: aus welchem G	Grund steuerliche Gründe Landesblindengeld Wohngeld / Rente

Eingangsstempel

Geschäftszeichen

6	Welche Gesundheitsstörung wird erstmals als Behinderung geltend gemacht? Welche Gesundheitsstörung ist seit der letzten Feststellung hinzugetreten?	
	Führen Sie bitte nur Gesundheitsstörungen auf, die zu dauernden Funktionsbeeinträchtigungen führen und noch nicht festgestellt wurden. Ursachenschlüssel	Bitte zu jeder Gesundheitsstörung den jeweils zutreffenden Ursachen- schlüssel eintragen I = angeborene Behinderung
	a)	2= <u>anerkannter</u> Arbeitsunfall (einschl. Wege- und Betriebs-
	b)	wegeunfall) / anerkannte Berufskrankheit 4=Verkehrsunfall } soweit nicht
	c)	5= häuslicher Unfall Arbeitsunfall 6= sonstiger Unfall 7= Kriegs-, Wehrdienst-oder
	d)	Zivildienstbeschädigung 9 = sonstige Krankheit 0 = sonstige Ursachen oder
		mehrere Ursachen
7	Folgende bereits festgestellte Behinderung hat sich seit der letzten Feststellung wese	ntlich verschlimmert:
	g) h)	
	Wenn sich Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z	B. Befund-
	berichte, ärztliche Gutachten, Kurabschlussberichte, EKG-, Laborb Röntgenbilder!) in Ihren Händen befinden, fügen Sie sie bitte diesen	efunde, <u>keine</u> 1 Antrag bei.
	Folgende Angaben dienen der medizinischen Sachaufklärung zu den <u>unt</u> geltend gemachten Gesundheitsstörungen:	er Punkt 6 und 7
8	Hausarzt Name und Anschrift/letzte Vorstellung war am:	
9	Fachärztliche Behandlungen Zeitraum / Name und Anschrift / Fachgebiet letzte Behandlung	wegen Buchstabe s. Punkt 6 und 7
		(a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h)
		a) b) c) d) e) f) g) h)
		a) b) c) d) e) f) g) h)
		a) b) c) d) e) f) g) h)
		a) b) c) d) e) f) g) h)
10	Krankenhausbehandlung in den letzten 2 Jahren von-bis Name und Anschrift des Krankenhauses, Station bzw. Abteilung	a) b) c) d) e) f) g) h) wegen Buchstabe s. Punkt 6 und 7
10	von-bis Name und Anschrift des Krankenhauses,	wegen Buchstabe_

Wenn ja, bitte	ntrag auf Leistungen der Pflegeversicheru EKopie des Pflegegutachtens einreichen. Krankenkasse?	ing bewinngt: (1 negegera)	Ja Nein		
	nkenkasse / Aktenzeichen				
Anschrift			Bitte Pflegegrad angeben		
	ahmen in den letzten 2 Jahren				
von-bis	Name und Anschrift der Reha-Ans	talt	Wegen welcher Behinderung		
Name des Kos	tenträgers		Aktenzeichen / Versicherungs-Nr.		
Anschrift des	Kostenträgers				
Deutsche Rer	Bei welchen Stellen befinden sich weitere ärztliche Unterlagen? (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Gesundheitsamt, ARGE medizinischer Dienst, ARGE psychologischer Dienst, Bundesagentur für Arbeit, Sonderschule, Amtsgericht etc.)				
Behörde/ Diens	tstelle - genaue Anschrift angeben-	Aktenzeichen / Versicherungs-Ni	r. Wegen welcher Behinderung?		
Ich erhalte vo Gesetzl.	anderer Stellen n folgender Stelle Leistungen: Unfallversicherungsträger	ja nein	beantragt		
Versorgu	ch Arbeits-/ Dienstunfall) ungsverwaltung (z.B. wegen einer Schädigun t oder Gewaltopfer)	g ja nein	beantragt		
Behörde/ Diens	tstelle - genaue Anschrift angeben-	Aktenzeichen / Versicherungs-N	r. Wegen welcher Behinderung?		
Merkzeich	en				
Merkz Merkz Merkz Merkz Merkz	Ich beantrage die Feststellung folgender Merkzeichen: Merkzeichen "G" (wegen erheblicher Gehbehinderung) Merkzeichen "B" (wegen der Notwendigkeit ständiger Begleitung) Merkzeichen "aG" (wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung) Merkzeichen "H" (wegen Hilflosigkeit) Merkzeichen "RF" (weil eine leidensbedingte ständige Teilnahme am öffentlichen Leben, auch mit Begleitperson und Hilfsmitteln dauerhaft nicht möglich ist bzw. eine ausgeprägte Hör- oder Sehbehinderung vorliegt)				
Merkz	Merkzeichen "Bl" (wegen Blindheit) oder "HS" (wegen Hochgradiger Sehbehinderung) Merkzeichen "Gl" (wegen Gehörlosigkeit) "TBl" (wegen Taubblindheit)				
Ich beantrag die Au nur die lung vo	indertenausweis ge asstellung eines Schwerbehindertenausweises Ausstellung eines Schwerbehindertenausweise prliegender Behinderungen bereits von einer an genossenschaft) getroffen worden ist (siehe au-	es nach § 152 Abs. 2 SGB IX deren Stelle (Versorgungsam			

Hinweis

Soweit Sie über die auf Seite 2 unter 🔞 a - e und 🗇 f - h aufgeführten Gesundheitsstörungen ärztliche Unterlagen in Ihren Händen haben, fügen Sie diese bitte in Kopie bei. Originale werden Ihnen nicht wieder zurückgesandt. Wenn Sie die kompletten ärztlichen Befunde für alle geltend gemachten Gesundheitsstörungen dem Antrag beifügen können, ist eine schnellere Entscheidung über Ihren Antrag möglich. Entstandene Kosten für selbst beigebrachte Unterlagen werden durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern -Versorgungsamt-, (LAGuS M-V) nicht erstattet.

Erklärung

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

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden, soweit dies für die Bearbeitung meines Antrages erforderlich ist.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die in diesem Antrag von mir benannten Ärzte, Psychotherapeuten/Psychologen, Krankenhäuser und Kliniken, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen sowie die weiteren auf den vorhergehenden Seiten benannten Stellen gegenüber dem LAGuS M-V bezüglich der im Antrag angegebenen Gesundheitsstörungen von ihrer Schweigepflicht.

Gleichzeitig willige ich gemäß § 100 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB X in die Übermittlung meiner personenbezogenen und meiner Gesundheitsdaten ein. Das bedeutet, dass die von mir benannten Personen und Stellen dem LAGuS M-V die für diesen Antrag erforderlichen Auskünfte erteilen und Befunde vorlegen dürfen.

Hinweis zu Verarbeitung Ihrer Daten

Das LAGuS M-V verarbeitet Ihre personenbezogenen und Ihre Gesundheitsdaten im Rahmen der gesetzlichen Aufgabe ausschließlich zur Feststellung einer Schwer-/Behinderung gemäß § 152 SGB IX, in Verbindung mit § 12 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung (KOVVfG). Dies schließt ein, dass nur die für die Erfüllung der Aufgabe erforderlichen Daten verarbeitet und gespeichert werden. Ihre personenbezogenen und Gesundheitsdaten werden, soweit dies zur Feststellung einer Schwer-/Behinderung erforderlich ist, nur an die von Ihnen auf den vorhergehenden Seiten benannten Stellen und darüber hinaus nicht an Dritte übermittelt. Weitere Informationen, insbesondere zur Einhaltung der EU-Datenschutzgrundverordnung erhalten Sie auf der Webseite des LAGuS M-V im Bereich Soziales/Schwerbehindertenrecht

verordnung erhalten Sie auf der Webseite des LAGuS M-V im Bereich Soziales/Schwerbehindertenrecht.				
Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller*in / gesetzliche Vertreter / Bevollmächtigter			

Hinweis zum Widerspruchsrecht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X)

Die von Ärzten oder anderen in § 203 Abs. 1 und 3 Strafgesetzbuch genannten Personen oder Stellen dem LAGuS M-V zugänglich gemachten Gutachten dürfen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden, wenn Sie nicht widersprochen haben. Sofern Sie nicht widersprechen, kann das LAGuS M-V diese Gutachten auf Anfrage beispielsweise an Renten- oder Unfallversicherungsträger übermitteln, wenn dies im Rahmen einer Begutachtung für eine Sozialleistung oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung erforderlich wäre. Einen Widerspruch gegen die Übermittlung von Gutachten können Sie jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt während der Geschäftszeiten bei dem für Sie zuständigen Versorgungsamt einlegen.

Hinweis auf Mitwirkungspflichten

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I). Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen gesetzlich vorgeschriebenen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Als Anlage füge ich bei:	





Das Versorgungsamt

Hinweise zum Ausfüllen des Antrags auf Feststellung einer Schwer-/Behinderung

Ihr Versorgungsamt möchte Ihnen mit diesen Hinweisen bereits beim Ausfüllen des Antrages behilflich sein. Beachten Sie jedoch bitte, dass diese Hinweise keine umfassende Beratung ersetzen können. Für weitere Informationen stehen Ihnen daher die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Ihres Versorgungsamtes gerne zur Verfügung. Dort erhalten Sie auch Informationsmaterial in Papierform. Besuchen Sie auch gerne die Webseite des Landesamtes für Gesundheit und Soziales unter www.lagus.mv-regierung.de oder schreiben Sie eine Mail an Ihr Versorgungsamt. Die Kontaktdaten finden Sie auf dem Antragsvordruck.

Randnummer 1

Sie möchten erstmalig eine Behinderung geltend machen? Kreuzen Sie bitte "Erstfeststellungsantrag" an.

Sie möchten eine bestehende Behinderung als verschlechtert oder verbessert angeben? Dann kreuzen Sie bitte "Änderungsantrag" an.

Sie möchten neu hinzugekommene Leiden feststellen lassen? Kreuzen Sie bitte auch in diesem Fall "Änderungsantrag" an.

Randnummer 2

Tragen Sie hier bitte Ihre Steuer-ID ein. Derzeit ist die Angabe der Steuer-ID noch freiwillig. Auskünfte hierzu erteilen die Finanzämter.

Randnummer 5

Die Feststellung gilt von dem Datum an, an dem Ihr Antrag bei Ihrem Versorgungsamt eingegangen ist. Sie können aber auch ein früheres Datum angeben. Das Versorgungsamt prüft dann, ob bei Ihnen eine sogenannte "Rückwirkende Feststellung" möglich ist.

Randnummer 6

Hier sind alle Gesundheitsstörungen und deren Auswirkungen anzugeben. Auch die Angabe von Folgeschäden (zum Beispiel Ausfallerscheinungen an Beinen bei Wirbelsäulenschäden), Schmerzen und psychische Auswirkungen sind wichtig für Ihr Versorgungsamt.

Randnummer 7

Sofern sich bei Ihnen bestehende Behinderungen verbessert oder verschlimmert haben, sind diese hier einzutragen. Beachten Sie bitte, dass es sich in diesem Fall um einen Änderungsantrag handelt. Kreuzen Sie daher das entsprechende Feld unter Randnummer 1 an.

Randnummern 8, 9 und 10

Hier sind die konkreten und gut lesbaren Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte, Krankenhäuser, medizinischer oder anderer Einrichtungen anzugeben, die Ihre unter der Randnummer 6 und 7 angegebenen Leiden in den letzten zwei Jahren behandelt haben. Viele Befunde von Fachärzten können direkt über Ihren Hausarzt abgerufen werden, sodass Ihr Facharzt nicht immer um Befunde gebeten werden muss.

Randnummern 11, 12 und 13

Auch Angaben über abgeschlossene Pflegeversicherungen, Reha-Maßnahmen oder Leistungen von anderen Stellen sind für das Versorgungsamt wichtig.

Randnummer 14

Angaben zu Leistungen anderer Behörden können dem Versorgungsamt helfen, da auch von dort ärztliche Unterlagen abgefordert werden können. Überflüssige erneute Befundanforderungen können so vermieden werden.

Randnummer 15 (Merkzeichen)

Die Merkzeichen haben folgende Bedeutung:

- G Feststellung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr.
- aG Feststellung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung.
- H Feststellung von Hilflosigkeit.
- RF Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Ermäßigung des Rundfunkbeitrages und des Telefonhauptanschlusses.
- B Feststellung der Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson in öffentlichen Verkehrsmitteln.
- BI Feststellung von Blindheit Sehkraft beidseits maximal 2 Prozent
- HS Feststellung von hochgradiger Sehbehinderung Sehkraft beidseits maximal 5 Prozent
- GI Feststellung von Gehörlosigkeit.
- TBI Feststellung von Taubblindheit Störung der Hörfunktion mit gleichzeitiger Störung des Sehvermögens.

Randnummer 15 (Beantragung des Schwerbehindertenausweises)

Das Versorgungsamt stellt Ihnen auf Wunsch einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch aus. Voraussetzung ist unter anderem, dass der festgestellte Grad der Behinderung (GdB) wenigstens 50 beträgt.

Hinweis zur Schweigepflicht Ihrer Ärzte

Bitte geben Sie alle Ärzte, Krankenhäuser und andere medizinischen und sonstigen Einrichtungen gut lesbar und mit voller Anschrift an. Nur so werden diese korrekt von Ihrer Schweigepflicht entbunden und dürfen dem Versorgungsamt Auskünfte erteilen. Vergessen Sie zum Abschluss nicht, den Antrag zu unterschreiben.