

An das Amt für soziale
Angelegenheiten

Landratsamt Nordsachsen
Sozialamt
04855 Torgau

(Postleitzahl, Ort)

Bitte für amtliche Zwecke freilassen!

Geschäftszeichen

- Vorgang - nicht - vorhanden
 Daten erfasst am
mit - ohne - maschinelle
Eingangsbestätigung

**Erst-Antrag auf Feststellung einer Behinderung
nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)**

- Ich beantrage die Feststellung des Grades meiner Behinderung (GdB) sowie weiterer gesundheitlicher Merkmale, soweit sie Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen sind
- Ich beantrage außerdem die Ausstellung eines entsprechenden Nachweises (z.B. Schwerbehindertenausweis, Bescheinigung etc.). Der Nachweis wird benötigt für die Zeit
- ab Antragstellung
 bereits ab _____ für steuerliche Zwecke
 für
- Ich benötige (derzeit) keinen Nachweis.

Allgemeine Hinweise:

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen zur Beschleunigung Ihres Antrages sorgfältig und vollständig. Ihre Angaben sind für die Bearbeitung notwendig. Sie sind dazu auch verpflichtet. Wer Sozialleistungen beantragt, hat gemäß § 60 Erstes Sozialgesetzbuch (SGB I) alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen anzugeben. Dies gilt auch für das Verfahren nach § 69 SGB IX entsprechend. Außerdem sollen Sie nach § 21 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) bei der Ermittlung des Sachverhaltes 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 § 67c SGB X. Der Schwerbehindertenausweis ist regelmäßig mit einem Passbild des Ausweisinhabers zu versehen. Sie können diesem Antrag daher bereits ein Passbild beilegen, wenn Sie erwarten, dass ein GdB von mindestens 50 festgestellt wird. Geben Sie bitte auf der Rückseite des Passbildes Ihren Vor- und Zunamen sowie Ihren Wohnort an.

Haben Sie selbst Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, EKG, Labor- oder Röntgenbefunde)? Dann fügen Sie diese bitte dem Antrag bei! Dadurch können Sie zur Beschleunigung des Verfahrens beitragen

Angaben zur Person

Vor- und Zuname (ggf. auch Geburtsname)

Geburtsdatum

☎ tagsüber

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt - Anschrift –:

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 Betreuungsurkunde beifügen.

Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/>	
Ausländerinnen/Ausländer und Staatenlose müssen eine amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltsgenehmigung oder eine beglaubigte Kopie bzw. Abschrift davon vorlegen. Ausreichend ist aber auch nachstehende Bestätigung der zuständigen Ausländerbehörde. Grenzarbeitnehmerinnen/Grenzzeitarbeitnehmer müssen darüber hinaus eine Arbeitsbescheinigung ihres derzeitigen Arbeitgebers vorlegen. Diese Voraussetzungen gelten nicht für Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union.	
Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf. Aufenthaltsgenehmigung/-gestattung wurde erteilt	Datum, Stempel, Unterschrift der Ausländerbehörde
am	gültig bis
Aufenthaltsgenehmigung/-gestattung nicht erforderlich gemäß	
Krankenversicherung – Bitte Namen und Anschrift angeben - :	
Rentenversicherung – Bitte Versicherungsnummer angeben - :	

Angaben zur Behinderung

Welche körperliche(n), geistige(n) und/oder seelische(n) Beeinträchtigung(en) machen Sie geltend?	Bitte Ursachenschlüssel (s.u.) eintragen:
①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	

Ursachenschlüssel:

- | | |
|--|---|
| 01 = angeborene Behinderung | 06 = Sonstiger oder nicht näher bezeichneter Unfall |
| 02 = Arbeitsunfall (einschl. Wege- und Betriebswegeunfall), Berufskrankheit | 07 = Anerkannte Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung |
| 03 = _____ | 08 = _____ |
| 04 = Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall | 09 = Sonstige Krankheit (einschl. Impfschaden), ohne Berufskrankheit |
| 05 = Häuslicher Unfall, soweit nicht Arbeitsunfall | 10 = Sonstige Ursache oder mehrere Ursachen |

Sollen außer der (den) von Ihnen auf **Seite 2** angegebenen Funktionsbeeinträchtigung(en) weitere Gesundheitsstörungen, die evtl im Rahmen der Sachverhaltsaufklärung festgestellt werden, in die Prüfung Ihres Antrages einbezogen werden?

- Ich bitte um Berücksichtigung **aller** festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen.
 Es sollen nur die auf Seite 2 angegebenen Funktionsbeeinträchtigungen berücksichtigt werden.

Liegt bereits eine Entscheidung zur Behinderung vor (z. B. von einer **Berufsgenossenschaft**, Entschädigungsbehörde etc.) oder ist über einen solchen Antrag noch zu entscheiden?

- nein Ja, von (Behörde/Dienststelle, Anschrift, **Geschäftszeichen**)

Hatten Sie früher bereits einen Antrag nach dem Schwerbehindertengesetz gestellt?

- nein Ja, beim Amts für Soziale Angelegenheiten **Geschäftszeichen**

Beziehen Sie eine der folgenden Leistungen oder haben/hatten Sie diese beantragt?

- Leistungen einer Pflegekasse wegen **Schwerpflegebedürftigkeit** Nein Ja
- **Pflegegeld** nach dem Bundessozialhilfegesetz oder Landespflegegeldgesetz Nein Ja
- **Blindengeld** nach dem Landesblindengeldgesetz Nein Ja


Falls ja, Behörde/Dienststelle/Versicherung, Anschrift, **Geschäftszeichen**:

Wurden Sie wegen eines **Rentenantrages** in den **letzten 3 Jahren** von einer Landesversicherungsanstalt, der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Knappschaft, landwirtschaftlichen Alterskasse etc. untersucht?

- nein Ja, von (Behörde/Dienststelle, Anschrift, **Geschäftszeichen**)

Angaben zu ärztlichen Behandlungen in den letzten 3 Jahren:

Hausärztin/Hausarzt:

Name:	Seit:	
Anschrift:		

Fachärztinnen/Fachärzte:

Falls weitere Facharztbehandlungen, bitte Angaben auf einem gesonderten Blatt!

Name:	Fachgebiet						
Anschrift							
Behandlung von	bis	wegen der auf Seite 2 angegebenen Funktions-					
beeinträchtigung(en) Nr.	① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>	④ <input type="checkbox"/>	⑤ <input type="checkbox"/>	⑥ <input type="checkbox"/>	(Bitte ankreuzen!)
Name	Fachgebiet						
Anschrift							
Behandlung von	bis	wegen der auf Seite 2 angegebenen Funktions-					
beeinträchtigung(en) Nr.	① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>	④ <input type="checkbox"/>	⑤ <input type="checkbox"/>	⑥ <input type="checkbox"/>	(Bitte ankreuzen!)
Hat auch Ihre Hausärztin/Ihr Hausarzt diese Unterlagen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein				

Krankenhausbehandlungen, Kuren/Heilverfahren in den letzten 3 Jahren			
von – bis	Name/Anschrift	Abteilung/ Station	Wg. der auf Seite 2 angegebenen Funktionsbeeinträchtigung(en) Nr.
			1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
			1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
			1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
			1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Hat auch Ihre Hausärztin/Ihr Hausarzt diese Unterlagen?		<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kostenträger der Kur/des Heilverfahrens war:			
Geschäftszeichen:			
Wo könnten sich weitere ärztliche >Unterlagen aus den letzten 3 Jahren über die auf der Seite 2 angegebenen Funktionsbeeinträchtigungen befinden (z.B. Gesundheitsamt, Arbeitsamt, Werksarzt etc.)?			
Beim		Geschäftszeichen	

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass in diesem Verwaltungsverfahren die 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 sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden eingeholt werden können. Ich bin auch damit einverstanden, dass die dort geführten Unterlagen (z. B. Röntgenbilder, Krankenpapiere, Arztbriefe etc.) im erforderlichen Umfang beigezogen werden.

Von dieser Einverständniserklärung **schließe ich ausdrücklich aus:**

- Bitte Ärztin/Arzt, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen -

Ich stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren ausdrücklich zu und entbinde die beteiligten Personen und Stellen von ihrer Schweigepflicht.

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

- erfasst und gespeichert werden (§ 67c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch –SGB X-) und
- für eigene gesetzliche und soziale Aufgaben, aber auch an andere Stellen im Sinne des § 35 SGB I (z.B. Krankenkasse, Arbeitsamt, 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 für die Einverständniserklärung)

(Ort, Datum)

(Unterschrift für den Antrag)

Folgende Unterlagen füge ich bei: Passbild Aktuelle ärztliche Unterlagen (**siehe Seite 1**)