## **Landratsamt Tuttlingen**

-Versorgungsamt-Bahnhofstr. 100 78532 Tuttlingen

## Dienstgebäude:

Bahnhofstr. 80, 78532 Tuttlingen

Tel.: 07461-926-4300

Eingangsstempel

## Erstantrag nach § 69 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX)

Az.:	:

Schwerbehindertenrecht

I. A	I. Angaben zur Person - Bitte in						in Blockschrift ausfüllen –																	
1	1 Name / surname / nom / nome / nombre / aile ismi																							
			1								ı			Ī						1			ĺ	
\ \	/orname	/ na	me /	prén	om /	nom	bre d	e ba	ttesii	no /	non	nbre	de pil	a / is	im	1			1 1					
1			ĺ	1				ĺ				ĺ						ĺ				ĺ	1	
2 (	 Geburtsd	atum	)		Ges	schle	cht	r	nänr	ilich			<u> </u>	gf. Ge	eburt	snan	ne						<u> </u>	
								W	veibli	ch									erwe	erbst	ätig	: ja		
3 V	Vohnsitz	ode	r gew	/öhnli	cher	Aufe	nthalt	:																
s	Straße, H	ausr	numn	ner:																				
F	Postleitza	ıhl, C	rt:																					
T	Γel. tagsü	iber	zu er	reich	en ur	nter:																		
Arz bei	Sie können selbst zur Verfahrensbeschleunigung beitragen, wenn Sie vorhandene aktuelle Arztbriefe und Untersuchungsunterlagen wie z.B. Facharztbriefe und Krankenhausberichte beifügen.  4 Bei Minderjährigen unter 15 Jahren und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Name, Vorname und Anschrift																							
	des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers angeben und Bestallungsurkunde/Betreuerausweis (in Kopie) beifügen. TelNr																							
5	Staats	ange	höri	gkeit	:						_		Von	der	Ausl	ände	erbel	nörd	e aus	zufü	llen			
6	ausländische Antragsteller: bitte Pass (Kopie) vorlegen  Der/die Antragsteller/in hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf:																							
	Bitte eine amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltserlaubnis/Niederlassungserlaubnis/Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG/ Aufenthaltsgestattung/ Duldung oder beglaubigte Kopie beifügen oder die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen lassen.  Für Unionsbürger reicht die Vorlage des Passes oder						g/ ie ge	Ihm/ Ihr wurde am eine  Aufenthaltserlaubnis  gültig bis  Niederlassungserlaubnis  Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG																
	Person								-				erteil	gi		_	estat	_		-				
7	Grenzarbeitnehmer:  Bitte Bescheinigung Ihres derzeitigen Arbeitgebers mit Angabe der wöchentlichen Arbeitszeit und ggf. Arbeitserlaubnis-EU (nur bei Staatsangehörigen der ab 1.1.2007 beigetretenen EU-Mitgliedstaaten) bzw. amtliche Bescheinigung über den Aufenthaltstitel oder Grenzgängerkarte beifügen oder nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen lassen.						s- ab li- er e-	geduldet.  Die <u>korrekte</u> Schreibweise des Namens wird ausdrücklich bestätigt.								-								

II. Angaben über die Gesundheitsstörungen / Erklärungen Ursache: z.B. angeborene Gesundheits-1. Welche der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, störungen, Arbeits-, Verkehrs-, häusligeistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen und den daraus recher Unfall, Berufskrankheit, Kriegs-, sultierenden Funktionsbeeinträchtigungen sollen nach dem Schwer-Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, behindertenrecht berücksichtigt werden? Folgen einer Gewalttat, Impfschaden, sonstige Ursachen 1 (2)(3) 4) (5) 6 2. Soll Ihr Antrag alle Gesundheitsstörungen, die sich aus den ärztlichen Unterlagen ergeben - auch wenn sie unter II.1 von Ihnen nicht aufgeführt wurden - umfassen? Nein Wir empfehlen Ihnen, Ihren behandelnden Arzt über den Antrag zu unterrichten. Beachten Sie bitte, dass die nicht zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen auch nicht in die Bewertung des Grades der Behinderung einbezogen werden können. III. Angaben zu behandelnden Ärzten / Fachärzten / Kliniken wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstö-1. Hausarzt rungen (bitte ankreuzen) Name: bitte Spalte (1) (2)unbedingt Datum der letzten ausfüllen Behandlung: (5) (6) Straße: PLZ/Ort: Überweisung 2. Fachärzte / Fachrichtung (1) (2)Datum der letzten durch den Behandlung: Name/Fachrichtung: Hausarzt Straße: ☐ ja (5) (6) PLZ/Ort: nein Datum der letzten Name/Fachrichtung: 1) (2) Behandlung: (3) (4) ☐ ja Straße: (5) (6) nein PLZ/Ort: Datum der letzten Name/Fachrichtung: ① ② Behandlung: □ja 3 4 Straße: ☐ nein (5) (6) PLZ/Ort: Datum der letzten ① ② Name/Fachrichtung: Behandlung: 3 4 □ ja Straße: (5) (6) ☐ nein PLZ/Ort:

3. Krankenhausbehandlunge	wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen <b>(bitte ankreuzen)</b>					
Name:			Behandlungszeitraum			
		①②	von – bis			
Abteilung, Station:		3 4				
Straße:			stationär			
PLZ/Ort:		\$ 6	☐ ambulant			
Name:		0 2	Behandlungszeitraum von – bis			
Abteilung, Station:		3 4				
Straße:			—————————————————————————————————————			
PLZ/Ort:		\$ 6	☐ ambulant			
		wegen der ur	nter II. angegebenen			
4. Reha-Einrichtungen / Kurk	liniken	_	störungen (bitte ankreuzen)			
Name:			Behandlungszeitraum			
			von – bis			
		0 2				
Straße:		3 4				
PLZ/Ort:						
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. K	(rankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):	56				
·			stationär			
			☐ ambulant			
Name:			Behandlungszeitraum			
			von – bis			
		①②				
Straße:						
PLZ/Ort:		3 4				
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. K	rankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):	56				
			☐ stationär			
			ambulant			
IV. Angaben zu früheren Fes	tstellungen					
Wurde bereits eine Entscheidung getre	offen					
Gericht über das Vorliegen einer	ndratsamt oder einer anderen Verwaltungsbehörde (z Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) b Grad der Schädigungsfolgen (GdS)?					
☐ Ja ☐ Nein ☐ Entsche	eidung noch nicht ergangen					
von einer Berufsgenossenschaft (MdE)	über das Vorliegen von Unfallfolgen und der darauf be	eruhenden Min	derung der Erwerbsfähigkeit			
oder läuft ein entsprechendes Ver	fahren? (Bitte Feststellungsbescheide oder Unterlagen	beifügen)				
☐ Ja ☐ Nein ☐ Entsche	idung noch nicht ergangen ggf. Unfalltag:	und A	rbeitgeber:			
Gesundheitsstörungen	Verwaltungsbehörde / Leistungsträger	Ge	schäftszeichen des Vorgangs			
, and the second			<u> </u>			
trag gestellt?	derter Erwerbsfähigkeit aus der gesetzlichen Renten	_				
☐ Ja ☐ Nein ☐ Entscheidun		letzte	Untersuchung:			
Anschrift und Versicherungsnum	mer des Sozialversicherungsträgers:					

4. Erhalten Sie <b>Pflegegeld</b> oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt	?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Entscheidung noch nicht ergangen Pflegestufe:	Beginn der Leistung:
	letzte Untersuchung:
Anschrift und Geschäftszeichen des Leistungsträgers (Krankenkasse/Pfleg	ekasse):
5. Bei behinderten Kindern (von den Eltern auszufüllen): Besucht Ihr Kind eine/n Behinderteneinrichtung/-kindergarten/-schule oder Bezeichnung und Anschrift:	eine/n Regelkindergarten bzw. Regelschule
Werden Leistungen der Eingliederungshilfe vom Sozialamt bezogen?	☐ Nein
Bei welchen sonstigen bisher nicht angegebenen Stellen können weitere die Ges gefordert werden (z.B.: Blindenhilfe)?     Bezeichnung und Anschrift:	sundheitsstörungen betreffende Unterlagen an-
V. Schwerbehinderteneigenschaft/Schwerbehindertenausweis	S
Die Schwerbehinderteneigenschaft soll festgestellt werden für die Zeit	
☐ ab Antragstellung ☐ ab Ein besonderes Interesse an de (hier Gründe für die Rückwirkung der Feststellung angeben z.B.: Finanzamt):	er Feststellung dieses Zeitpunktes besteht, weil
2.	
<b>Wenn Sie</b> diesem <u>Antrag</u> bereits ein <u>farbiges Passbild beifügen</u> , (Rückseite mit raussetzungen (Grad der Behinderung wenigstens 50) <u>der Ausweis direkt übersant Kinder unter 10 Jahren ist kein Passbild einzureichen. Dies gilt auch für Mensche kenwagens verlassen können.</u>	dt, sofern keine Zweifel an der Identität bestehen. Für
VI. Erklärung zum Datenschutz und Befreiung von der ärztlich	en Schweigepflicht
Die Angaben im Antragsformular sind erforderlich, damit das Landratsamt das hinderung nach § 69 SGB IX feststellen kann.  Sie sind gem. § 60 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) zur Mitwirkung verpt erforderlichen Angaben mitzuteilen und Ihre Einwilligung zur Erteilung der erforde gen nach § 69 SGB IX können gem. § 66 SGB I versagt werden, wenn Sie Ihre kungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorlise der Gefahr aussetzen würden wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigk Wir machen Sie vorsorglich darauf aufmerksam, dass Ihre Daten zur Durchführur lage gespeichert werden. Sofern ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt wird Dauer von bis zu sechs Jahren. Sie können dieser Speicherung widersprechen. Die Akten werden möglicherweise einem Arzt außerhalb der Verwaltung zur Begutung an Ärzte außerhalb der Verwaltung ebenfalls widersprechen.	flichtet. Sie haben die zur Bearbeitung des Antrages rlichen Auskünfte durch Dritte zu geben. Feststelluner Mitwirkungspflicht nicht nachkommen. Eine Mitwiregt. So können z.B. Angaben verweigert werden, die zeit verfolgt zu werden. nig des SGB IX mit Hilfe einer Datenverarbeitungsand, erfolgt eine Speicherung Ihres Passbildes für die
Sofern beigefügte Unterlagen nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einv Verwaltungsverfahren und in einem evtl. sich anschließenden Vorverfahren e angegebenen Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinricht ten-, Unfall- und Pflegeversicherungsträgern einschließlich der medizinische beizieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind. Ich entbinde Ärzte, sonstige beteiligte Personen und Stellen von ihrer Schw künfte und Unterlagen ausdrücklich zu.	erforderlichen Auskünfte und Unterlagen von allen tungen, gesetzlichen und privaten Kranken-, Ren- n Dienste, Behörden und sonstigen Einrichtungen
Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses	
Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die dem Landratsamt im Zusammenhang geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Renten- oder Unfallvers Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 un Buch, SGB X) und ich dem widersprechen kann.	sicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie den
don	
, den	Unterschrift des Antragstellers bzw. des Vertreters (Vollmacht/ Bestallungsurkunde/ Betreuerausweis – bitte Kopie - vorlegen)
Dem Antrag füge ich bei:  ☐ 1 farbiges Passbild aus neuester Zeit ☐ Kopien ärztlicher Befunde	