

Eingangsvermerk - Empfänger

Eingangsvermerk - Formularserver

Antrag auf Feststellung einer Behinderung

nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) und auf Ausstellung eines Ausweises

Zur Feststellung einer Behinderung sowie dem Grad der Behinderung nach § 69 Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) durch das Versorgungsamt sind die folgenden Fragen notwendig. Gemäß § 60 SGB I sind Sie zur Mitwirkung verpflichtet. Die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben müssen von Ihnen gemacht werden, zur erforderlichen Einkunftsholung bei Dritten haben Sie Ihre Einwilligung zu geben. Wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann die Feststellung der Behinderung nach § 66 SGB I versagt werden. Sollte einer in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegen, besteht keine Mitwirkungspflicht. So können z. B. Angaben verweigert werden, die Sie der Gefahr aussetzen würden, wegen einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden. Ihre Daten werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage elektronisch gespeichert.

1. Angaben zum Antragsteller (Name, Anschrift und Staatsangehörigkeit) Geburtsdatum und -ort, Telefon, E-Mail und Fax

Gesetzlicher Vertreter (Name, Anschrift und Staatsangehörigkeit) Telefon, E-Mail und Fax

Betreuer/in bei betreuten Volljährigen (Name und Anschrift) Telefon, E-Mail und Fax

2. Ergänzungen bei nichtdeutscher Staatsangehörigkeit (außer bei Kindern unter 16 Jahren aus EG- oder EFTA-Staaten oder Ecua

Als Grenzarbeitnehmer/in lege ich folgende Unterlagen bei

Dem Antrag liegen folgenden Unterlagen bei

eine Bescheinigung des jetzigen Arbeitgebers und ggf. Arbeitserlaubnis
eine amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltsgenehmigung
Ausweis für den kleinen Grenzverkehr bzw. Grenzgäengerkarte

eine entsprechende Bescheinigung vom zuständigen Ausländeramt
eine amtliche Bescheinigung bzw. eine beglaubigte Kopie der Aufenthaltsgenehmigung/-gestattung

3. Angaben über die Behinderungen

Der Antrag nach dem SGB IX umfasst alle bestehenden Gesundheitsstörungen

JA

NEIN

(bitte im Antrag nur die zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen angeben. Es ist ratsam, den behandelnden Arzt über diesen Antrag zu informieren. Nicht festzustellende Behinderungen können bei der Einstufung des Grades der Behinderung nicht berücksichtigt werden)

Vorliegende körperliche, geistige oder seelische Behinderungen, die nach dem SchwbG berücksichtigt werden sollen

Ursache (z.B. Verkehrsunfall, angeborene Behinderung, Kriegsbeschädigung...)

4. Behandelnde Ärzte

4.1 Hausarzt/-ärztin (Name und Anschrift)

4.2 Weitere behandelnde Ärzte (auch Betriebsärzte)

- nur sofern innerhalb der letzten beiden Jahre -

Name des Arztes und Praxisanschrift

Behandelte Behinderung/en, Zeitraum von / bis

Überweisung durch den Hausarzt?

JA

NEIN

Name des Arztes und Praxisanschrift

Behandelte Behinderung/en, Zeitraum von / bis

Überweisung durch den Hausarzt?

JA

NEIN

Name des Arztes und Praxisanschrift

Behandelte Behinderung/en, Zeitraum von / bis

Überweisung durch den Hausarzt?

JA

NEIN

5. Krankenhausaufenthalt/e in den letzten beiden Jahren

Name, Anschrift, Abteilung, Station des Krankenhauses

Behandelte Behinderung, Zeitraum der Behandlung

Name, Anschrift, Abteilung, Station des Krankenhauses

Behandelte Behinderung, Zeitraum der Behandlung

Name, Anschrift, Abteilung, Station des Krankenhauses

Behandelte Behinderung, Zeitraum der Behandlung

Name, Anschrift, Abteilung, Station des Krankenhauses

Behandelte Behinderung, Zeitraum der Behandlung

Name, Anschrift, Abteilung, Station des Krankenhauses

Behandelte Behinderung, Zeitraum der Behandlung

Name, Anschrift, Abteilung, Station des Krankenhauses

Behandelte Behinderung, Zeitraum der Behandlung

6. Aufenthalte in Kuranstalten/Heilstätten während der letzten beiden Jahre

Name, Anschrift der Einrichtung, behandelte Behinderung und Zeitraum

Name und Anschrift des Kostenträgers (Krankenkasse, LVA, BfA oder Versicherungsnummer)

Name, Anschrift der Einrichtung, behandelte Behinderung und Zeitraum

Name und Anschrift des Kostenträgers (Krankenkasse, LVA, BfA oder Versicherungsnummer)

Name, Anschrift der Einrichtung, behandelte Behinderung und Zeitraum

Name und Anschrift des Kostenträgers (Krankenkasse, LVA, BfA oder Versicherungsnummer)

Name, Anschrift der Einrichtung, behandelte Behinderung und Zeitraum

Name und Anschrift des Kostenträgers (Krankenkasse, LVA, BfA oder Versicherungsnummer)

Name, Anschrift der Einrichtung, behandelte Behinderung und Zeitraum

Name und Anschrift des Kostenträgers (Krankenkasse, LVA, BfA oder Versicherungsnummer)

Name, Anschrift der Einrichtung, behandelte Behinderung und Zeitraum

Name und Anschrift des Kostenträgers (Krankenkasse, LVA, BfA oder Versicherungsnummer)

7. Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und des Grades der MdE bzw. der Behinderung

Ein solches Verfahren

wurde bisher noch nicht durchgeführt.

läuft momentan. Eine Entscheidung ist noch nicht bekannt.

wurde bereits durchgeführt.

Behinderung

Verwaltungsbehörde/Gericht und Geschäftszeichen des Falles

Behinderung

Verwaltungsbehörde/Gericht und Geschäftszeichen des Falles

Behinderung

Verwaltungsbehörde/Gericht und Geschäftszeichen des Falles

8. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente

Beziehen Sie Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente?

NEIN

NEIN, das Antragsverfahren läuft momentan

JA

Sozialversicherungsträger (Name und Anschrift)

Begutachtende Stelle, Datum der Begutachtung und Versicherungsnr.

9. Pflegegeld

Beziehen Sie Pflegegeld?

NEIN

NEIN, das Antragsverfahren läuft momentan

JA

Leistungsträger (Name und Anschrift)

Geschäftszeichen

10. Schwerbehindertenausweis

Der beantragte Ausweis soll die Voraussetzungen nachweisen

ab

ab Antragstellung

Es wird kein Ausweis benötigt.

Ich besitze keinen gültigen Schwerbehindertenausweis.

Ich habe einen gleichartigen Antrag gestellt bei

11. Ergänzungen

Ich bin damit einverstanden, dass das Versorgungsamt in diesem Verwaltungsverfahren und sich eventuell anschließender Vorverfahren wegen der Behinderung/en bei den oben aufgeführten Sozialversicherungsträgern, begutachtenden Stellen, Pflegekassen oder ähnlichen Stellen die Aktenvorgänge, Untersuchungsunterlagen und MDK-Gutachten einsieht.

Die beteiligten Ärzte entbinde ich soweit ausdrücklich von der Schweigepflicht.

Anlagen

Ort, Datum

Unterschrift