Landesamt für Soziales

Hochstraße 67, 66115 Saarbrücken, Tel.-Nr. 06 81 / 99 78 - 0, Telefax 06 81 / 99 78 - 21 99

Wir haben für Sie geöffnet:	Eingangsstempel	Bitte für Vermerke freihalten
montags und mittwochs 08.00 - 15.30 Uhr dienstags 08.00 - 13.00 Uhr donnerstags 08.00 - 18.00 Uhr freitags 08.00 - 13.00 Uhr und nach besonderer Vereinbarung		**Formular leeren**

Antrag nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Schwerbehindertenrecht -

1. ☐ auf erstmalige Anerkennung einer Behinderung
2. ☐ wegen Verschlimmerung/Geltendmachung weiterer Behinderungen

☐ Ich bin erwerbstätig (mehr als 18 Stunden pro Woche)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und vollständig. Vollständige Angaben erleichtern die Sachaufklärung und eine zügige Bearbeitung. Wenn sich Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, EKG-, Labor-, Röntgenbefunde) in Ihren Händen befinden, fügen Sie diese bitte dem Antrag bei. Je mehr Unterlagen (Gutachten, Befunde, EKG usw.) Sie beifügen, desto eher kann Ihr Antrag bearbeitet werden. Deshalb bitten wir Sie, fügen Sie alle bereits bei Ihnen oder Ihrem Hausarzt vorhandenen Unterlagen bei.

1 Angaben zur Person:

Familienname

Vorname

Geburtsdatum Geschlecht männlich ❑ weiblich ❑

Straße und Hausnummer

PLZ/derzeitiger Wohnort

Namenszusätze Telefon (freiwillige Angabe):

2 Gegebenenfalls Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters/Betreuers (bitte Kopie der Betreuungsurkunde beifügen)

Familienname, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ/derzeitiger Wohnort

3 Gegebenenfalls Name und Anschrift des Bevollmächtigten

Familienname, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ/derzeitiger Wohnort

4 Staatsangehörigkeit _____

Von **Ausländern und Staatenlosen** ist die amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltserlaubnis bzw. -berechtigung oder eine beglaubigte Abschrift bzw. Kopie hiervon vorzulegen.

Von **Grenzarbeitnehmern** ist die Arbeitsbescheinigung des jetzigen Arbeitgebers mit Angaben der wöchentlichen Stundenarbeitszeit vorzulegen.

5 Haben Sie bereits früher einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt?

☐ nein ☐ ja, bei _____ (Dienststelle) am _____ (Datum) Aktenzeichen _____

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis? ☐ ja ☐ nein

Ausgestellt von _____ am _____

gültig bis _____ GdB _____

Liegen sonstige Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidungen über Behinderungen und Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) vor (z.B. Berufsgenossenschaft, Kriegsbeschädigung)?
Erhalten Sie Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?

☐ nein

☐ ja, von Behörde/Dienststelle	Geschäftszeichen	für welche Behinderung

Daten erfasst / geändert Datum, Namenszeichen _____

6 **Erhalten Sie Leistungen der Pflegeversicherung?**

☐ ja ☐ nein Falls nein, haben Sie Pflegeleistungen beantragt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ein Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durchgeführt worden ist oder wird, geben Sie bitte an:

Anschrift des Leistungsträgers (z.B. Pflegekasse) Geschäftszeichen des Verfahrens

Pflegestufe: **I** ☐ **II** ☐ **III** ☐

7

Welche Behinderungen machen Sie neu geltend? **Welche Behinderungen haben sich verschlimmert?** Sofern Sie insulinpflichtigen **„Diabetes melitus“** geltend machen, wird um Vorlage des **Blutzuckertagebuches** gebeten (mindestens 3 Monate durchgehend geführt / nur Originale).	**Wann ist die Behinderung aufgetreten?**	**Ursachen (z.B. angeborenes Leiden, Arbeits-, Verkehrs-, häuslicher Unfall, Berufskrankheit, Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigung, Impfschaden)**
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		
g)		

Sind vorstehend **a l l e** Behinderungen aufgeführt, die Sie in diesem Verfahren berücksichtigt haben möchten?

☐ ja ☐ nein

Sollen bei der Feststellung auch solche von Ihnen oben nicht angegebenen Behinderungen berücksichtigt werden, die erst im Laufe dieses Verfahrens (z.B. durch angeforderte Arztberichte) dem Landesamt für Soziales bekannt werden?

☐ ja ☐ nein

Wenn der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt!

8 **Krankenhausbehandlungen wegen der geltend gemachten Behinderungen in den letzten zwei Jahren**

von - bis	Name, Anschrift des Krankenhauses	Abteilung/ Station	wegen welcher Behinderung

Kur- und Rehabehandlungen wegen der geltend gemachten Behinderungen in den letzten zwei Jahren

von - bis	Name, Anschrift der Kuranstalt / Rehaklinik und des Kostenträgers	wegen welcher Behinderung

Sonstige ärztliche Behandlungen wegen der geltend gemachten Behinderungen in den letzten zwei Jahren

	von - bis	Name, Anschrift des behandelnden Arztes, Fachgebiet	wegen welcher Behinderung
a)			
b)			
c)			
d)			
e)			
f)			
g)			

Wenn der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt!

9 **Welcher der behandelnden Ärzte ist Ihr Hausarzt? (Bitte vollständige Adresse angeben!)**

Der Hausarzt hat ☐ sämtliche Facharztberichte (in diesem Fall wird **nur** der Hausarzt angeschrieben). ☐ nur die Facharztberichte zu vorstehenden Buchstaben _____

10 **Wichtiger Hinweis für die Bearbeitung Ihres Antrages**

Zur Entscheidung über Ihren Antrag auf Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) müssen Ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch ärztliche Unterlagen belegt sein.

Bitte legen Sie Ihrem Antrag zu allen geltend gemachten Behinderungen **aktuelle** Arzt- oder Krankenhausberichte etc. in **Fotokopie (bitte keine Originale und nicht älter als 2 Jahre)** bei. Sie erhalten diese Unterlagen bei Ihren behandelnden Ärzten. Die Ärzteschaft im Saarland ist über diese Verfahrensweise unterrichtet und grundsätzlich bereit, ärztliche Befunde etc. in Kopie auszuhändigen.

☐ anbei werden die gewünschten Unterlagen (Anzahl der Seiten: _____) eingereicht.

☐ **Unterlagen können nicht besorgt werden.**

11 **Der beantragte Ausweis soll die Voraussetzungen nachweisen für die Zeit**

☐ ab Antragstellung ☐ ab _____ aus welchem Grund ☐ Steuerermäßigung ☐ Altersrente

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag nach dem SGB IX - Schwerbehindertenrecht - gestellt habe.

Änderungen der Behinderungen (im Sinne einer Besserung), des Arbeitsverhältnisses (nur bei Grenzarbeitnehmern) und des Wohnsitzes (jede Anschriftenänderung) werde ich unverzüglich mitteilen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesamt für Soziales bei den im Antrag angegebenen Ärzten, Krankenhäusern, Behörden, Sozialversicherungsträgern (z.B. Rentenversicherungsträger, Kranken-/Pflegekasse, Berufsgenossenschaft) und privaten Kranken-/Pflegeversicherungsunternehmen Auskünfte einholt und die dort geführten Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen gefertigt worden sind) beizieht, sofern dies für die Feststellung im Schwerbehindertenrecht erforderlich ist.
Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte von deren Schweigepflicht.

Ort Datum

Bitte vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben.

Unterschrift (Antragsteller/in, ggf. gesetzl. Vertreter/in oder Betreuer/in)

Hinweise

Die im Antragsformular verlangten Angaben sind erforderlich, damit das Landesamt für Soziales das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung nach dem SGB IX - Schwerbehindertenrecht - feststellen kann.

Sie sind gem. § 60 Sozialgesetzbuch I (SGB 1) zur Mitwirkung verpflichtet. Sie haben die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben mitzuteilen und Ihre Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zu geben. Die Feststellung der Behinderung kann nach § 66 SGB 1 versagt werden, wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen. Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB 1 genannten Gründe vorliegt. So können z.B. Angaben verweigert werden, die Sie der Gefahr aussetzen würden, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Daten mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden, soweit dies zur Durchführung der Aufgaben nach dem SGB IX - Schwerbehindertenrecht - erforderlich ist.

Wir weisen außerdem darauf hin, dass die Daten, die das Landesamt im Anerkennungsverfahren nach dem SGB IX - Schwerbehindertenrecht - erhebt, auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Rentenversicherungsträger) für deren gesetzliche Aufgaben sowie an externe Gutachter/-innen übermittelt werden dürfen, es sei denn, Sie widersprechen der Übermittlung (§§ 69 Abs. 1 Nr.1, 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch X).

Anlagen
1. Ein Passbild **neueren** Datums, **nicht älter als zwei Jahre** (mit Namensangabe auf der Rückseite)

2.

3.

Saarland
Landesamt für Soziales

Liebe Besucherinnen und Besucher des Service-Centers,

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir ab 01.01.2013 dazu angehalten sind, vor Ausgabe von Schwerbehindertenausweisen, Wertmarken etc. sowie bei der Niederschrift von Widersprüchen, Adressenänderungen, Verlusterklärungen etc. uns Ihren **Personalausweis** vorlegen zu lassen.

Sollten Sie Angelegenheiten für eine andere Person (Verwandtschaft, Freunde, Bekannte etc.) bei uns erledigen, ist stets eine entsprechende **Vollmacht** vorzulegen.

Vielen Dank für ihr Verständnis!

Ihr Service-Center