

Sie können den Antrag auch Online einreichen!  
<https://Schwerbehindertenantrag.hessen.de>

Eingangsstempel

Hessisches Amt für Versorgung  
 und Soziales

Erwerbstätig

- ja  
 nein

## Erstfeststellungs-/Änderungsantrag nach dem Schwerbehindertenrecht - Neuntes Buch Sozialgesetzbuch- (SGB IX) -

Füllen Sie bitte den Antrag sorgfältig und gut leserlich aus und unterschreiben Sie auf der letzten Seite.

*Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Felder an.*

Haben sie bereits früher einen Antrag nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) gestellt?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beim:
Versorgungsamt	Grad der Behinderung	Geschäftszeichen

### 1. Angaben zur Person

Name		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsname	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer		Telefon	
PLZ	Wohnort	E-Mailadresse	

Staatsangehörigkeit:

**Wenn Sie Ausländerin/Ausländer oder Staatenlose/Staatenloser sind, fügen Sie bitte eine Kopie des Aufenthaltstitels und des Passes bei.**

#### Steueridentifikationsnummer (siehe Infoblatt zum Antrag)

Ich bin einverstanden und beantrage die zukünftige Übermittlung der zur Inanspruchnahme des steuerlichen Behindertenpausbetrages erforderlichen Daten an die Finanzverwaltung.  ja  nein

Dann tragen Sie hier Ihre 11-stellige Steuer-ID ein.

*(Hinweis: Bei der Antragstellung für ein Kind, bitte die Steuer-ID des Kindes eintragen.)*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Gesetzliche Vertreterin/Gesetzlicher Vertreter**  
 **Vormund oder Betreuerin/Betreuer** (bitte Kopie der Bestallungsurkunde bzw. des Betreuerausweises beifügen)  
 **Bevollmächtigte/Bevollmächtigter** (bitte Vollmacht beifügen)

Name		Vorname		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer			PLZ	Wohnort		
E-Mailadresse			Telefon			

**2. Beantragung von Merkzeichen**

Ich beantrage die Feststellung von Merkzeichen, und zwar

G (erheblich gehbehindert)     B (Begleitperson)     aG (außergewöhnlich gehbehindert)  
 BI (blind)     H (hilflos)     RF (erheblich hör- oder sehbehindert oder dauernd an Wohnung gebunden)  
 GI (gehörlos)     TBI (taubblind)

**3. Angaben zu den Gesundheitsstörungen**

Führen Sie bitte nachstehend alle körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen auf, die als Behinderungen festgestellt werden sollen.  
 Führen Sie bitte nur die Gesundheitsstörungen auf, die zu einer dauerhaften Beeinträchtigung Ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft führen. Akute Erkrankungen wie z.B. Erkältungs- oder Magen-Darminfekte, Kopfschmerzen stellen noch keine Behinderungen dar und sind deshalb nicht anzugeben.

- Sofern ein **Diabetes mellitus** geltend gemacht wird, bitte das Original-Blutzuckertagebuch der letzten 2 Monate oder eine vergleichbare Dokumentation vorlegen.
- Sofern eine **Schwerhörigkeit** geltend gemacht wird, bitte, soweit vorhanden, das Hörgeräteanpassungsprotokoll vorlegen.

Gesundheitsstörung		neu/verschlimmert
1		<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> verschlimmert
2		<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> verschlimmert
3		<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> verschlimmert
4		<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> verschlimmert
5		<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> verschlimmert
6		<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> verschlimmert
7		<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> verschlimmert
8		<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> verschlimmert
9		<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> verschlimmert

**4. Angaben zu anderweitigen Feststellungen/Begutachtungen**

Wurde bereits eine Feststellung zum Grad der Schädigungsfolgen (GdS) wie Schädigungsfolgen nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) durch eine Berufsgenossenschaft getroffen, oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?  
 Bei welchen anderen Stellen befinden sich noch ärztliche Unterlagen oder Gutachten, die Auskunft über die geltend gemachten Gesundheitsstörungen geben können (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Betreuungsgericht usw.)?  
 (Bitte fügen Sie Ihnen vorliegende Gutachten oder Bescheide in Kopie bei.)

Name und Anschrift	Geschäftszeichen	GdS/ MdE	Datum letzte Feststellung/ Untersuchung	wegen Nr. (Seite 2)

**5. Bei welcher Krankenkasse sind Sie derzeit versichert?**

Name der Krankenkasse

6. Beziehen Sie eine der folgenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?	
1	<p>Beziehen Sie Leistungen von der Pflegekasse oder Pflegegeld nach dem SGB XII?            Wenn ja: Nach welchem Pflegegrad? Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5            Datum letzte Untersuchung:            (Bitte fügen Sie den aktuellen <b>Pflegegeldbescheid</b> bei und (soweit verfügbar) ergänzen Sie ihn durch das aktuelle <b>Pflegegutachten</b>.)</p> <p>Pflegekasse/-versicherung und Anschrift</p>
	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Geschäftszeichen/Versicherungsnummer</p>
2	<p>Beziehen Sie <b>Blindengeld</b> oder <b>Blindenhilfe</b>            (Bitte Leistungsbescheid beifügen)</p> <p>Blindengeldstelle und Anschrift</p>
	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Geschäftszeichen</p>

7. Angaben zu ärztlichen Behandlungen während der letzten 2 Jahre				
	Name und Anschrift	Fachrichtung	Letzte Behandlung	Wegen Nr. (Seite 2)
Hausärztin/ Hausarzt				
Fachärztin/ Facharzt				

	Name und Anschrift	Station	Zeitraum	Wegen Nr. (Seite 2)
Kranken- häuser				
Reha-/ Kurkliniken				

**8. Abweichender Zeitpunkt der Feststellung**

Ich beantrage die rückwirkende Feststellung ab Grund:

Wird als Grund kein besonderes Interesse glaubhaft gemacht, erfolgt die Feststellung ab Antragstellung (siehe Infoblatt zum Antrag).

**Übermittlung von Sozialdaten an andere Leistungsträger**

Die im Rahmen der Feststellungsverfahren nach dem SGB IX von Ärztinnen und Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen über Sie können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger weitergegeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Damit soll das Verwaltungsverfahren bei den unterschiedlichen Sozialleistungsträgern vereinfacht werden. Sofern Sie mit einer solchen Übermittlung nicht einverstanden sind, können Sie der Übermittlung vorab widersprechen.

Ich widerspreche der Übermittlung entsprechender Daten an andere Sozialleistungsträger.

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung einer Behinderung nach dem SGB IX (vormals: Schwerbehindertengesetz (SchwbG)); gestellt habe. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere eine wesentliche Änderung der als Behinderungen geltend gemachten Gesundheitsstörungen und einen Wohnsitzwechsel werde ich unverzüglich mitteilen.

**Einwilligungserklärung gem. §§ 67, 100 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch**

Ich bin damit einverstanden, dass das Hessische Amt für Versorgung und Soziales die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag genannten Ärztinnen und Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Gerichten, Schulen, sozialen Einrichtungen, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen geführten medizinischen, psychiatrischen, psychoanalytischen und psychotherapeutischen Unterlagen, insbesondere Entlassungs- und Zwischenberichte, Entwicklungsberichte, Befundberichte, Röntgenbilder in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden Behinderungen geben können. Unterlagen, die diese Ärztinnen/Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärztinnen und Ärzten und Einrichtungen erhalten haben, sind eingeschlossen. Die Einverständniserklärung bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen. Ich entbinde die beteiligten Ärztinnen und Ärzte oder Stellen insoweit von der Schweigepflicht. Falls ich diese Einwilligungserklärung einschränken will, werde ich eine gesonderte Erklärung abgeben. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Bitte übersenden Sie alle ärztlichen Unterlagen der letzten 2 Jahre, die sich in Ihren Händen befinden und die die als Behinderungen geltend gemachten Gesundheitsstörungen betreffen. Sie tragen damit zu einer Verkürzung der Bearbeitungszeit bei.

**Hinweis zur Datenschutz-Grundverordnung: Ich bestätige mit meiner Unterschrift auch die Kenntnisnahme des Hinweisblattes zum Datenschutz (DSGVO).**

Ort, Datum

Unterschrift

Anlagen/Sonstige Bemerkungen: