

Hinweise zur Antragstellung nach dem Schwerbehindertenrecht (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX)

Die nachfolgenden Hinweise und Tipps sollen Ihnen beim Ausfüllen des Antrages helfen und Ihnen einen Einblick in die Bearbeitungsabläufe geben.

Die Merkzeichen (Punkt 10 im Antrag) haben folgende Bedeutung:

- G gehbehindert** – In seiner Bewegungsfreiheit im Straßenverkehr ist erheblich beeinträchtigt, wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens, auch durch innere Leiden, oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurücklegen vermögen, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden. Das Merkzeichen ermöglicht entweder die unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr – in der Regel nur nach Entrichtung einer Eigenbeteiligung von 104,00 Euro jährlich bzw. 53,00 Euro halbjährlich – der Ermäßigung der Kraftfahrzeugsteuer um 50 v. H.
- aG außergewöhnlich gehbehindert** – Schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sind Personen mit einer erheblichen mobilitätsbezogenen Teilhabebeeinträchtigung, die einem Grad der Behinderung von mindestens 80 entspricht. Eine erhebliche mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung liegt vor, wenn sich die schwerbehinderten Menschen wegen der Schwere ihrer Beeinträchtigung dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb des Kraftfahrzeuges bewegen können. Dem genannten Personenkreis kann auf Antrag von der zuständigen Straßenverkehrsbehörde eine Sonderparkgenehmigung erteilt werden. Das Merkzeichen berechtigt zum Erlass der Kraftfahrzeugsteuer und daneben zur unentgeltlichen Beförderung im öffentlichen Personenverkehr – in der Regel nur nach Entrichtung einer Eigenbeteiligung von 104,00 Euro jährlich bzw. 53,00 Euro halbjährlich.
- B Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson** – Zur Mitnahme einer Begleitperson sind schwerbehinderte Menschen berechtigt, die bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln infolge ihrer Behinderung regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind. Die Feststellung berechtigt zur Freifahrt für eine Begleitperson im öffentlichen Personenverkehr (ohne km-Begrenzung).
- H hilflos** - Als hilflos ist Derjenige anzusehen, der infolge von Gesundheitsstörungen nicht nur vorübergehend für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang fremder Hilfe dauernd bedarf. Das Merkzeichen dient zum Nachweis der Voraussetzungen für Lohn- und Einkommensteuervergünstigungen nach § 33 b EStG sowie berechtigt zum Erlass der Kraftfahrzeugsteuer und daneben zur unentgeltlichen Beförderung im öffentlichen Personenverkehr.
- Bl blind** – Blind ist der behinderte Mensch, dem das Augenlicht vollständig fehlt. Als blind sind auch Personen anzusehen, deren Sehschärfe so gering ist, dass sie sich in einer ihnen nicht vertrauten Umgebung ohne fremde Hilfe nicht zurechtfinden können. Dies ist im Allgemeinen der Fall, wenn auf dem besseren Auge nur eine Sehschärfe von nicht mehr als 1/50 besteht oder wenn andere Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleich zuachten sind. Blinden kann auf Antrag von der zuständigen Straßenverkehrsbehörde eine Sonderparkgenehmigung erteilt werden. Das Merkzeichen dient zum Nachweis der Voraussetzungen für Lohn- und Einkommensvergünstigungen nach § 33 b EStG sowie berechtigt zum Erlass der Kraftfahrzeugsteuer und daneben zur unentgeltlichen Beförderung im öffentlichen Personenverkehr.
- Gl gehörlos** – Gehörlosigkeit liegt vor bei beiderseitiger Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit beiderseits mit schwerer Sprachstörung (schwerverständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz). Das Merkzeichen ermöglicht entweder die unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr – in der Regel nur nach Entrichtung einer Eigenbeteiligung von 104,00 Euro jährlich bzw. 53,00 Euro halbjährlich – oder Ermäßigung der Kraftfahrzeugsteuer um 50 v. H.
- RF Ermäßigung des Rundfunkbeitrages** – Die gesundheitlichen Voraussetzungen sind erfüllt bei:
- Blinden oder nicht nur vorübergehend wesentlich sehbehinderten Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 60 allein wegen der Sehbehinderung
 - Hochgeschädigten Menschen, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist
 - Schwerbehinderten Menschen, deren GdB nicht nur vorübergehend wenigstens 80 beträgt, und die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen **ständig** nicht teilnehmen können. Hierzu gehören behinderte Menschen, bei denen schwere Bewegungsstörungen – auch durch innere Leiden (schwere Herzleistungsschwäche, schwere Lungenfunktionsstörung) – bestehen, die unter häufigen hirnrorganischen Anfällen leiden oder die durch ihre Behinderung auf ihre Umgebung abstoßend oder störend wirken (z. B. durch Entstellung, Geruchsbelästigung, laute Atemgeräusche).
- TBl taubblind** – Die gesundheitlichen Voraussetzungen sind erfüllt, wenn der schwerbehinderte Mensch wegen einer Störung der Hörfunktion mindestens einen Grad der Behinderung von 70 und wegen einer Störung des Sehvermögens einen Grad der Behinderung von 100 hat. Taubblinde Menschen können Anspruch auf Leistungen nach dem Thüringer Sinnesbehindertengeldgesetz haben.
Der genannte Personenkreis ist von der Rundfunkbeitragspflicht befreit.

Tipp 1

Auf Ihrem **Antrag** stellt die für Ihren Wohnort Erfurt das zuständige Amt für Soziales (Anschrift siehe Tipp 7) das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) fest. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Eine Feststellung wird nur getroffen, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt. Das Amt für Soziales erteilt einen rechtsbehelfsfähigen **Bescheid**, in dem der GdB, die weiteren gesundheitlichen Merkmale und die einzelnen Behinderungen festgestellt werden.

Tipp 2

Beträgt der GdB 50 oder mehr, stellt das Amt für Soziales auf Antrag einen Schwerbehindertenausweis aus. Dieser Ausweis dient dem Nachweis der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Rechten und eventuellen Nachteilsausgleichen (z. B. Steuerermäßigung, Zusatzurlaub und bei Zuerkennung bestimmter Merkzeichen unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr, Parkerleichterungen).

Tipp 3

Beantworten Sie bitte die im Antragsformular gestellten Fragen **sorgfältig und vollständig**. Sie helfen mit, die erforderlichen Befunde und ärztlichen Unterlagen (z. B. Krankenhaus- und Kurberichte) sofort anfordern zu können.

Tipp 4

Je nachdem, wie schnell Ihre behandelnden Ärzte tätig werden, können zwischen Anforderung und Eingang der Befundberichte einige Wochen, manchmal sogar Monate, liegen.

Erfahrungsgemäß ist es von Vorteil, wenn **Ihr Arzt informiert** ist, dass und warum Sie einen Antrag nach dem SGV IX stellen. In diesem Fall kann er unter Umständen Ihr Anliegen dadurch unterstützen, dass er die bei Ihnen vorliegenden Funktionsstörungen umfassend und möglichst genau beschreibt und den Befundbericht baldmöglichst übersendet.

Tipp 5

Sie können die Bearbeitung Ihres Antrages wesentlich beschleunigen, wenn Sie **Unterlagen** über die geltend gemachten Gesundheitsstörungen (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Bescheide anderer Leistungsträger), **die sich in Ihren Händen befinden** und die nicht älter als zwei Jahre sind, zusammen mit dem Antrag an das Amt für Soziales übersenden. Röntgenbilder werden im Regelfall nicht benötigt.

Im Original übersandte Unterlagen werden Ihnen selbstverständlich zurückgesandt.

Tipp 6

Sollten Sie während des laufenden Verfahrens von einer **anderen Stelle untersucht** oder im **Krankenhaus behandelt** werden, lassen Sie dies uns bitte wissen, damit das Ergebnis dieser Untersuchung bzw. ärztlichen Behandlung bei der Feststellung der bei Ihnen vorliegenden Behinderungen noch berücksichtigt werden kann.

Tipp 7

Unter www.thueringen.de/th3/tlvwa finden Sie unter "Versorgung/Integration-> Schwerbehindertenrecht" die Anschriften und Internet-Adressen der für Ihren Wohnort zuständigen Stellen.

Erklärungen zu rechtlichen Grundlagen

Datenschutz

Der Schutz Ihrer Sozialdaten ist gewährleistet. Die in diesem Formular erbetenen Angaben (Daten) werden für die Bearbeitung benötigt. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung ergeben sich aus den gemäß § 6 Absatz 1 Buchstabe e und Art. 9 Absatz 2 Buchstabe b der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) angepassten Vorschriften in §§ 67 a – c SGB X in Verbindung mit § 152 und § 214 SGB IX.

Die Daten werden von der Stadtverwaltung Erfurt sowie in einem sich eventuell anschließenden Rechtsbehelfsverfahren vom Thüringer Landesverwaltungsamt sowohl in Papierform als auch elektronisch gespeichert. Der Zeitpunkt der Löschung der elektronischen Akten bzw. Vernichtung der Akten orientiert sich an verwaltungsrechtlichen Dokumentationspflichten (z. B. Wegzug, Aktenabgabe, Tod) und variiert zwischen ein und zehn Jahren. Wenn die Stadtverwaltung Erfurt sowie das Thüringer Landesverwaltungsamt Auskünfte von Dritten (z. B. von Ärztinnen und Ärzten) benötigt, ist dafür Ihre Zustimmung erforderlich (Einwilligungserklärung), die jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann.

Verantwortliche Behörde gemäß Artikel 4 Absatz 7 DS-GVO sind die Stadtverwaltung Erfurt, Amt für Soziales, Juri-Gagarin-Ring 150, 99084 Erfurt und das Thüringer Landesverwaltungsamt, Referat 600, Karl-Liebknecht-Straße 4, 98527 Suhl.

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der Stadtverwaltung Erfurt, Bereich Oberbürgermeister, Fischmarkt 1, 99084 Erfurt, Tel. 0361 655-1016, E-Mail: datenschutzbeauftragter@erfurt.de.

Kontaktdaten des behördlichen Datenschutzbeauftragten des Thüringer Landesverwaltungsamtes: Jorge-Semprún-Platz 4, 99423 Weimar, Tel. 0361 57332-1299, E-Mail: datenschutz@tlvwa.thueringen.de

Folgende Rechte stehen Ihnen nach Artikel 15 bis 22 DS-GVO in Verbindung mit §§ 83 – 84 SGB X zu:

1. Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person verarbeiteten Daten
2. Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten zu Ihrer Person
3. Recht auf Löschung nicht (mehr) benötigter Daten zu Ihrer Person
4. Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu Ihrer Person
5. Recht auf jederzeitigen Widerspruch gegen die Datenverarbeitung. Ein derartiger Widerspruch kann jedoch wegen fehlender Mitwirkung zu einer Ablehnung Ihres Antrages führen.
6. Recht auf Ausschluss einer ausschließlich automatisierten Entscheidung.

Ebenfalls steht Ihnen zur Gewährleistung einer fairen und transparenten Verarbeitung der Daten gemäß Artikel 13 Absatz 2d DS-GVO ein Beschwerderecht bei folgender Stelle zu: Thüringer Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (TLfD), Häßlerstraße 8, 99096 Erfurt, Postanschrift: Postfach 900455, 99107 Erfurt, Tel. 0361 57311-2900, Fax. 0361 57311-2904, E-Mail: poststelle@datenschutz.thueringen.de

Kenntnisnahme weiterer Informationen

Ich nehme zur Kenntnis, dass medizinische Daten, die der Stadtverwaltung Erfurt bzw. dem Thüringer Landesverwaltungsamt vorliegen und/oder aufgrund meiner Einwilligungserklärung zugehen,

- an andere Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft, Integrationsamt) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung nach dem Sozialgesetzbuch übermittelt werden dürfen. Einer solchen Weitergabe kann jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widersprochen werden.
- an intern und extern beauftragte Gutachterinnen und Gutachter, die dem Datenschutz verpflichtet sind und einer Verschwiegenheitsverpflichtung unterliegen, zur medizinischen Beurteilung nach dem Sozialgesetzbuch IX (§ 152 SGB) übermittelt werden.

Rechtsgrundlage für die Tätigkeit externer Gutachterinnen/Gutachter:

Externe Gutachterinnen und Gutachter sind auf der Basis einer Vereinbarung für die Stadtverwaltung Erfurt tätig.

Mit dieser Vereinbarung verpflichten sich die Gutachterinnen und Gutachter:

- Datenschutz und Datensicherheit zu gewährleisten
- die überlassenen Sozialdaten keiner anderweitigen Nutzung und Verwendung zuzuführen und nicht an Dritte weiterzugeben
- die Daten und Akten durch technisch-organisatorische Maßnahmen so zu schützen, dass Unbefugte keine Zugriffes- bzw. Zugangsmöglichkeit haben.

Mitwirkung:

Für die Entscheidung über Ihren Antrag benötigt die Stadtverwaltung Erfurt aktuelle Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Sie ist dabei auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Mitwirkung heißt, Sie müssen wahrheitsgemäß alle Tatsachen und Beweismittel angeben, die für die Entscheidung über Ihren Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht von Bedeutung sind (§ 60 Absatz 1 Nr. 1 SGB I). Kommen Sie dieser gesetzlich vorgeschriebenen Mitwirkungspflicht nicht nach, kann das zuständige Amt die beantragten Feststellungen ganz oder teilweise versagen (§ 66 Absatz 1 SGB I).

Posteingang im Amt 50

Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gemäß § 152 Neuntem Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) und von Merkzeichen, Ausstellung eines Ausweises – (*Für die bloße Verlängerung der Gültigkeitsdauer des Ausweises ist dieser Antrag **nicht** erforderlich.)

1a.

Erstantrag

Ich habe bisher keinen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt.

Änderungsantrag

Ich habe schon einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt bei der

Behörde

Aktenzeichen

Besitzen Sie von einem **anderen Amt** einen Schwerbehindertenausweis?

Nein.

Ja. Fügen Sie bitte eine Kopie des Ausweises bei.

Dieser Antrag soll gleichzeitig als Antrag auf Bewilligung von Leistungen nach dem Thüringer Sinnesbehindertengeldgesetz (ThürSinnbGG) gelten.

1b.

Dieser Antrag soll gleichzeitig als Antrag auf Bewilligung von Leistungen nach dem Thüringer Sinnesbehindertengeldgesetz (ThürSinnbGG) für blinde, taubblinde bzw. gehörlose Menschen gelten.

2. Antragsteller

Name, (ggf. Geburtsname) Vorname

Geburtsdatum

derzeitige Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Ortsteil)

Telefon-Nr., unter welcher Sie tagsüber erreichbar sind

Telefax-Nr.

Geschlecht

männlich weiblich divers

3. Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

Nein.

Ja.

4. Ihre Staatsangehörigkeit

Angehörige eines Staates außerhalb der EU: Bitte legen Sie eine amtliche Bescheinigung der Ausländerbehörde über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Kopie des Aufenthaltstitels vor. Bei Vertretung/Vollmacht ist der Antrag vom Handlungsbevollmächtigten zu unterschreiben. Der Schriftwechsel wird dann an die vertretende/bevollmächtigte Person gesandt.

5. Bevollmächtigter, gesetzlicher Vertreter, Betreuer falls vorhanden

Hinweis: Bei Vertretung/Vollmacht ist der Antrag vom Handlungsbevollmächtigten zu unterschreiben. Der Schriftwechsel wird dann an die vertretende/bevollmächtigte Person gesandt.

Name, Vorname

Telefon-Nr. (tagsüber erreichbar)

derzeitige Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Fügen Sie bitte eine Vollmacht bzw. eine Betreuungsurkunde in Kopie bei!

6. Feststellungsbeginn

Ich beantrage die Feststellung ab dem Antragseingang.

Aufgrund eines besonderen Interesses beantrage ich eine rückwirkende Feststellung ab

wegen Steuer*

wegen Altersrente für schwerbehinderte Menschen

*Fügen Sie bitte einen Nachweis bei, dass durch die rückwirkende Feststellung konkrete steuerrechtliche Vorteile entstehen (Bescheinigung des zuständigen Finanzamtes).

7. Angaben zu den Gesundheitsstörungen

Welche Gesundheitsstörungen werden **erstmalig** als Behinderungen geltend gemacht?

Welche Gesundheitsstörungen sind seit der **letzten Feststellung** hinzugetreten?

Geben Sie bitte nur Gesundheitsstörungen an, die zu dauernden Funktionsbeeinträchtigungen führen:

Bezeichnung der Gesundheitsstörungen	Ursachenschlüssel	Geben Sie bitte zu jeder Beeinträchtigung den jeweiligen Ursachenschlüssel an!
a)		01 angeborene Behinderung
b)		02 Arbeitsunfall, einschl. Wege- und Betriebsunfall, Berufskrankheit
c)		04 Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall
d)		05 häuslicher Unfall, soweit nicht Arbeitsunfall
e)		06 sonstiger nicht bezeichneter Unfall
f)		07 anerkannte Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung
		09 sonstige Krankheiten einschl. Impfschäden oder Berufskrankheit
		10 sonstig oder mehrere Ursachen

8. Folgende bereits festgestellte Behinderungen haben sich seit der letzten Feststellung wesentlich verschlimmert:

9. Feststellung anderer Behörden

9.a

Wurde bereits von einer anderen Behörde eine Feststellung getroffen? *Bitte Bescheidkopie beifügen!*

Nein.

Ja.

9.b

Wurde ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung (Pflegegeld) gestellt?

Bitte Kopie des Pflegegutachtens beifügen!

Nein.

Ja, für Pflegegrad

1

2

3

4

5

<input type="checkbox"/>	Versorgungsverwaltung (Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, SED-Unrechtsbereinigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Thüringer Blindengeldgesetz usw.)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> beantragt
--------------------------	---	----------------------------	--------------------------	---------------------------------

<input type="checkbox"/>	Sonstige (z. B. Leistungen der Pflegekasse)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> beantragt
--------------------------	---	----------------------------	--------------------------	---------------------------------

Behörde/Dienststelle mit Anschrift	Geschäftszeichen, Versicherungsnummer	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

10. Haben Sie ein besonderes Begehren bezüglich der Feststellung von Merkzeichen? (Hinweise)

Insbesondere begehre ich die Feststellung folgender Merkzeichen:

G - gehbehindert

aG - außergewöhnlich gehbehindert

B - zur Mitnahme einer Begleitperson berechtigt

H - hilflos

Bl - blind

Gl - gehörlos

RF - Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht

TBl - taubblind

11. Folgende Funktionsbeeinträchtigungen sind vom Feststellungsverfahren auszuschließen:

Beachten Sie bitte, dass diese Funktionsbeeinträchtigung dann bei der Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) und ggf. festzustellender Merkzeichen unberücksichtigt bleiben.

Geben Sie bitte an, von welchen Ärzten/Kliniken Befundberichte bzw. Unterlagen zu den von Ihnen geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen angefordert werden können. Mit der Erklärung zu Nr. 18 entbinden Sie die Ärzte ihrer Schweigepflicht.

12. Hausarzt

Name, Vorname

Datum der letzten Behandlung

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

13. Fachärzte wegen geltend gemachten Behinderungen in **den letzten zwei Jahren** bzw. seit der **letzten Feststellung**

letzte Behandlung

Name, Anschrift, Fachgebiet

Wegen welcher Gesundheitsstörung?

Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?

Ja.

Nein.

letzte Behandlung

Name, Anschrift, Fachgebiet

Wegen welcher Gesundheitsstörung?

Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?

Ja.

Nein.

letzte Behandlung

Name, Anschrift, Fachgebiet

Wegen welcher Gesundheitsstörung?

Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?

Ja.

Nein.

14. Krankenhausbehandlung wegen geltend gemachten Behinderungen in **den letzten zwei Jahren** bzw. seit der **letzten Feststellung**

letzte Behandlung

Name, Anschrift des Krankenhauses, Abt., ggf. Name des behandelnden Arztes und dessen Fachrichtung

Wegen welcher Gesundheitsstörung?

Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?

Ja.

Nein.

letzte Behandlung

Name, Anschrift des Krankenhauses, Abt., ggf. Name des behandelnden Arztes und dessen Fachrichtung

Wegen welcher Gesundheitsstörung?

Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?

Ja.

Nein.

15. Reha- bzw. Kurbehandlung in den letzten zwei Jahren bzw. seit der letzten Feststellung

Behandlung von - bis	Name, Anschrift der Klinik	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?
Name und Anschrift des Kostenträgers (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Krankenversicherung)		Aktenzeichen/Vers.-Nr.
Behandlung von - bis	Name, Anschrift der Klinik	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?
Name und Anschrift des Kostenträgers (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Krankenversicherung)		Aktenzeichen/Vers.-Nr.
Behandlung von - bis	Name, Anschrift der Klinik	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?
Name und Anschrift des Kostenträgers (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Krankenversicherung)		Aktenzeichen/Vers.-Nr.

16. Krankenkasse

Name der derzeitigen Krankenkasse

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) der derzeitigen Krankenkasse

17. Weitere ärztliche Unterlagen wegen der geltend gemachten Behinderungen in den letzten zwei Jahren bzw. seit der letzten Feststellung

Bei welchen Stellen befinden sich außer den zur Begründung dieses Antrages bereits beigefügten Unterlagen noch weitere, die Behinderung betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw. (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Sonderschulen usw.)

Behörde/Dienststelle mit Anschrift	Geschäftszeichen, Versicherungsnummer	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

Bitte senden Sie auch Unterlagen ein, die sich in Ihren Händen befinden. Sie tragen damit zu einer Verkürzung der Bearbeitungsdauer bei. Bitte senden Sie, wenn möglich Kopien ein. Originale werden vom Amt nach erfolgter Auswertung unverzüglich zurückgesandt.)

Folgende Unterlagen füge ich bei:

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und keinen weiteren Antrag auf Feststellung des Grades der Behinderung und von Merkzeichen gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Änderungen des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag eintreten, werde ich dem Amt für Soziales unverzüglich mitteilen.

Die beigefügte Anlage zum Antrag "Erklärungen zu rechtlichen Grundlagen" habe ich erhalten und bestätige mit meiner Unterschrift die Kenntnisnahme und ausdrückliche Zustimmung.

Unterschrift des Antragstellers, gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten, Betreuers

Datum

Bitte die nachfolgende Einwilligungserklärung unbedingt unterschreiben!

Zurück an

Stadtverwaltung Erfurt
Amt für Soziales
Abteilung Leistung I
Juri-Gagarin-Ring 150
99084 Erfurt

18. Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die für das Feststellungsverfahren und Ausweiswesen zuständige Behörde, die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag bzw. im weiteren Verfahren von mir genannten Ärzten und Krankenanstalten sowie bei Behörden, Sozialeinrichtungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind), insbesondere Entlassungsberichte/Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden Behinderungen geben können.

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht eingeschränkt habe u. a. auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein sich eventuell anschließendes Rechtsbehelfsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte und Psychologen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Mit der Einholung von Auskünften und Unterlagen bei folgenden Stellen (z. B. Ärzten, Krankenanstalten usw.) bin ich **nicht** einverstanden:

Unterschrift des Antragstellers, gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten, Betreuers

Datum