Änderungen nach § 152 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX)

Schwerbehindertenrecht

Az.					
74.	•				

Änderungsantrag

Ich beantrage:							
die Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) wegen Verschlimmerung der bisher berücksichtigten Gesundheitsstörungen / neu aufgetretener Gesundheitsstörungen							
☐ die Feststellung weiterer gesundheitlicher Merkmale fü	ür die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen und zwar:						
 Merkzeichen "G" (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr / bei der Kfz-Steuer wegen erheblicher Gehbehinderung) Merkzeichen "Gl" (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr/bei der Kfz-Steuer wegen Gehörlosigkeit) Merkzeichen "B" (Freifahrt für eine Begleitperson, wenn eine Berechtigung zur Mitnahme besteht) Merkzeichen "aG" (Parkerleichterung wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung, z.B. Querschnittgelähmte) Merkzeichen "H" (Nachteilsausgleiche wegen Hilflosigkeit, Notwendigkeit dauernder Hilfe in erheblichem Umfang) Merkzeichen "RF" (Rundfunkbeitragsermäßigung und Sozialtarif für Telefonanschlüsse) Merkzeichen "TBI" (Taubblindheit) 							
I. Angaben zur Person Nur angeben, wenn oben nicht eingedruckt!	- Bitte in Blockschrift ausfüllen -						
1. Name	2. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (sofern geändert)						
	Straße, Hausnummer:						
Vorname	Postleitzahl, Ort:						
Geburtsdatum							
tagsüber tel. zu erreichen unter:	3. Sind Sie erwerbstätig? ja □						
4. Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID): (soweit noch nicht mitgeteilt)							
5. Aufenthaltsbescheinigung	Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf.						
Ausländische Antragsteller (außer Unionsbürger): Bitte Pass (Kopie) vorlegen	Aufenthaltserlaubnis/Niederlassungserlaubnis/Erlaubnis zum Daueraufenthalt- EG/Aufenthaltsgestattung						
Bitte fügen Sie eine amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Duldung bei oder lassen Sie die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbe-	erteilt amggi.: gulug bis:						
hörde ausfüllen, soweit dem Landratsamt ein nicht weiterhin gültiger unbefristeter Aufenthaltstitel vorliegt.	nur Duldung erteilt am gültig bis						
Grenzarbeitnehmer:							
Bitte fügen Sie eine Arbeitsbescheinigung Ihres derzeitigen Arbeitgebers und ggf. eine Arbeitserlaubnis bei.	Ausländerbehörde Im Auftrag						
	Datum, Stempel, Unterschrift						

II. Angaben über die Gesundheitsstörungen / Erklärungen Welche der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, geistigen oder Ursache: z.B. angeborene Gesundheitsstörungen, **Arbeits-**, Verkehrs-, häuslicher **Unfall**, Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst-, Ziseelischen Gesundheitsstörungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen haben sich verschlimmert oder sind seit der letzten Entscheidung neu aufvildienstbeschädigung, Folgen einer Gewaltgetreten? tat, 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, Ihre(n) behandelnde(n) Ärztin/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 medizinischen Behandlungen wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen 1. Hausärztin / Hausarzt (Nr. 1-6 bitte ankreuzen) Name: bitte Spalte unbe-1) (2) Datum der letzten dingt ausfüllen Behandlung: (3) (4) Straße: PLZ/Ort: (5) (6)2. Fachärztinnen / Fachärzte Überweisung durch (1) (2)Datum der letzten Hausärztin/Hausarzt Behandlung: Name/Fachrichtung: 3 4 Straße: ja (5) (6)PLZ/Ort: nein Datum der letzten Name/Fachrichtung: 1 2 Behandlung: ja 34 Straße: nein (5) (6) PLZ/Ort: Datum der letzten Name/Fachrichtung: ① ② Behandlung: ja 34 Straße: nein (5) (6) PLZ/Ort Datum der letzten Name/Fachrichtung: (1) (2)

Straße:

PLZ/Ort:

Behandlung:

③ ④

(5) (6)

☐ ja

П

nein

3. Krankenhausbehandlungen				wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen)					
Name:				Datum der letzten	Überweisung durch				
		①	2	Behandlung:	Hausärztin/Hausarzt				
Abteilung, Station:		3	4		☐ ja				
Straße:			_		nein				
PLZ/Ort:		(5)	6						
Name:		1	2	Datum der letzten	Überweisung durch				
Abteilung, Station:				Behandlung:	Hauärztin/Hausarzt				
Straße:		3	4)						
PLZ/Ort:					□ ja				
		(5)	6		∐ nein				
4. Reha-Maßnahmen		wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen)							
		9011 (11		<u>, </u>	L.e				
 Name der Reha-Einrichtung / Fachricht	ung:			Datum der letzten	Überweisung durch				
_	-		<u> </u>	Behandlung:	Hausärztin/ Hausarzt				
Abteilung, Station:		(1)	2						
Straße:		3	4		□ ja				
PLZ/Ort:		(5)	6		∐ nein				
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. K	rankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):								
				Datum der letzten	Überweisung durch				
Name der Reha-Einrichtung / Fachricht	ung:			Behandlung:	Hausärztin/Hausarzt				
		1	2						
Abteilung, Station:		3	4		□ ja				
Straße:		_	_		☐ nein				
PLZ/Ort:		(5)	6						
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. K	rankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):								
IV. Angaben zu früheren Fe	etstellungen								
	•								
Wurde bereits eine Entscheidung getroffen									
 von einem Versorgungsamt / Landratsamt oder einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Wehrbereichsgebührnisamt) oder einem Gericht üb das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) bzw. über das Vorliegen von Schädigungsfolgen und den darauf bei henden Grad der Schädigungsfolgen (GdS)? 									
☐ Ja ☐ Nein ☐ Entsche									
 von einer Berufsgenossenschaft über das Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit und der darauf beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) 									
oder läuft ein entsprechendes Verf	oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (Bitte Feststellungsbescheide oder Unterlagen beifügen)								
☐ Ja ☐ Nein ☐ Entscheidung noch nicht ergangen ggf. Unfalltag: und Arbeitgeber:									
Gesundheitsstörungen	Verwaltungsbehörde / Leistungsträger			Geschäftszeichen de	es Vorgangs				
<u> </u>									

3. Erhalten stellt?	Sie Rente	wegen verminderter E	rwerbsfähigkeit	aus der gesetzlichen F	Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag	ge-
☐ Ja	☐ Nein	☐ Entscheidung noch n	icht ergangen	Beginn der Leistung:	letzte Untersuchung:	
Anschri	ft und Ver	sicherungsnummer des	Sozialversicheru	ungsträgers:		
_	_	gegeld oder haben Sie e				
∐ Ja		☐ Entscheidung noch	nicht ergangen	Pflegegrad:		
Anschrif	t und Ges	chäftszeichen des Leist	tungsträgers (K	rankenkasse/Pflegek	letzte Untersuchung:asse):	
Welche ł	Kindertage	ndern (von den Eltern ausstätte/Schule o.ä. besud Anschrift:		eit?		
Welche l	Unterstütz	ungsleistungen erhält es (ggfs. (Alltagsbetr	euung, Schulbegleitun	g, besondere Fördermaßnahmen)?	
geforder	t werden (gen bisher nicht angegeb z.B.: Blindenhilfe)? Anschrift:	enen Stellen kör	nnen weitere die Gesur	ndheitsstörungen betreffende Unterlagen an-	
V. Allg	emeine	r Hinweis				
(Grad der E	Behinderur	ng wenigstens 50) <u>der Au</u>	sweis direkt über	rsandt, sofern keine Zv	nen beschriften) <u>wird Ihnen</u> bei Vorliegen der Vorausse veifel an der Identität bestehen. Für Kinder unter 10 J mit Hilfe eines Krankenwagens verlassen können.	
	ärung z Steuer-		Befreiung '	von der ärztlich	en Schweigepflicht und Erläuterung	en
samt die chen Au tationsei einschlie	e in dies Iskünfte Inrichtu eßlich d	sem Verwaltungsv und Unterlagen ngen, gesetzlichen	erfahren und von allen an und private Dienste, Beho	d in einem evtl. gegebenen Ärzt en Kranken-, Rer	ich damit einverstanden, dass das La sich anschließenden Vorverfahren erfo en, Psychologen, Krankenhäusern, Re nten-, Unfall- und Pflegeversicherungst gen Einrichtungen beizieht, auch sowei	orderli- habili- rägern
Ich entbinde Ärzte, sonstige beteiligte Personen und Stellen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen ausdrücklich zu .						
Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses						
Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die dem Landratsamt im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Renten- oder Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i.V.m. § 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch, SGB X) und ich dem widersprechen kann. Die beigefügten Hinweise zum Datenschutz habe ich ebenfalls zur Kenntnis genommen.						
Die And	nahe de	r Steuer-ID ist zw	ingend erf	orderlich um de	en Behindertennauschhetrag hei der	steu-
Die Angabe der Steuer-ID ist zwingend erforderlich, um den Behindertenpauschbetrag bei der steuerlichen Veranlagung geltend machen zu können. Dies gilt auch für Minderjährige.						
		, den ü ge ich bei: sbild aus neuester Zeit	Datum	_	Unterschrift Berechtigte(r) Bzw. des Vertreters / der Vertreterin (Vollmacht / Bestellungsurkunde / Betreuerausweis	
		er Befunde			- bitte Kopie vorlegen)	