

## Achtung wichtige Hinweise!!!

**Bitte übersenden Sie den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Originalantrag an das zuständige Hessische Amt für Versorgung und Soziales und nicht an das Regierungspräsidium Gießen, Landesversorgungsamt Hessen.**

**Bitte beachten Sie diesen Hinweis, um unnötige zeitliche Verzögerungen in der Bearbeitung Ihres Antrages zu vermeiden.**

**Die Bearbeitung der Anträge nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) – Schwerbehindertenrecht – erfolgt in dem für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort örtlich zuständigen Hessischen Amt für Versorgung und Soziales (HAVS).**

Das für Sie jeweils zuständige Hessische Amt für Versorgung und Soziales ersehen Sie unter „Örtliche Zuständigkeiten“ in dem Download-Bereich. Die Adressen der örtlich zuständigen Hessischen Ämter für Versorgung und Soziales ersehen Sie auf den Internetseiten des Regierungspräsidiums Gießen unter „Arbeit und Soziales“ > „Versorgungsverwaltung“ > „Landesamt / Versorgungsämter“

Die Übersendung des Antrages per einfacher Email ohne Unterschrift ersetzt leider nicht die Übersendung des Originalantrages.

Nur der vorliegende Originalantrag mit Unterschrift und der damit verbundenen Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht kann für die weitere Bearbeitung Ihres Antrages Berücksichtigung finden.



**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!**

Die folgenden der im letzten Bescheid des Versorgungsamtes bereits festgestellten Behinderungen haben sich geändert:

Die folgenden Gesundheitsstörungen sind seit der letzten Feststellung des Versorgungsamtes hinzugetreten:

**Bei welchen Stellen befinden sich (ärztliche) Unterlagen über die verschlimmerten bzw. neu hinzugetretenen Behinderungen?**

**Gutachten aus den letzten 2 Jahren** (Bitte zutreffendes ankreuzen und nachstehende Angaben ergänzen!), z. B.

Berufsgenossenschaft,  Sozialversicherung,  Gesundheitsamt,  Agentur für Arbeit,  Schule etc.

Stelle	Anschrift	Aktenzeichen	Datum der Untersuchung

### **Pflegeversicherung**

Beziehen Sie Leistungen von der Pflegekasse? Wenn ja: Nach welchem Pflegegrad?

Seit wann?

Stelle	Anschrift	Aktenzeichen	Datum der Untersuchung

Bitte fügen Sie den aktuellen **Pflegegeldbescheid** bei und (soweit verfügbar) bitte ergänzen Sie ihn durch **das aktuelle Pflegegutachten** des **Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK)**.

## Blindengeld/Blindenhilfe

Beziehen Sie Blindengeld oder Blindenhilfe? **Bitte Leistungsbescheid beifügen!**

Blindengeldstelle	Anschrift	Aktenzeichen	Datum der Begutachtung

**Bitte übersenden Sie alle ärztlichen Unterlagen seit der letzten Feststellung, die sich in Ihren Händen befinden, soweit sie die als Behinderung geltend gemachten Gesundheitsstörungen betreffen.**

**Sie tragen damit zu einer Verkürzung der Bearbeitungszeit bei.**

Angaben zu ärztl. Behandlungen seit der letzten Feststellung:

Fachbereich	Name/Bezeichnung und vollständige Anschrift	Welche genannte Gesundheitsstörung wurde behandelt?	Zusatzangaben
Hausärztin/ Hausarzt			Hält Unterlagen aus welchen Fachgebieten vor?
1. Fachärztin/ Facharzt			Fachgebiet: zul. behandelt (Monat/Jahr):
2. Fachärztin/ Facharzt			Fachgebiet: zul. behandelt (Monat/Jahr):
3. Fachärztin/ Facharzt			Fachgebiet: zul. behandelt (Monat/Jahr):
1. Krankenhaus/ Rehaklinik, Klinik			Fachgebiet: zul. behandelt (Monat/Jahr):
2. Krankenhaus/ Rehaklinik, Klinik			Fachgebiet: zul. behandelt (Monat/Jahr):
3. Krankenhaus/ Rehaklinik, Klinik			Fachgebiet: zul. behandelt (Monat/Jahr):
Kurklinik			Kostenträger:  Zeitraum (von/bis)  Aktenzeichen:

Ich bin – war – krankenversichert bei:  
(Name der Krankenkasse)

**Bitte beachten: Unterschrift auf Seite 4 bitte nicht vergessen!**

## Zukünftige Übermittlung von Daten an die Finanzverwaltung (Bitte ggf. ankreuzen!)

- Ich beantrage die zukünftige Übermittlung der zur Inanspruchnahme der steuerlichen Behindertenpauschbeträge erforderlichen Daten an die Finanzverwaltung.

**Die Übermittlung kann erst erfolgen, sobald die Steuerverwaltung die technischen Voraussetzungen geschaffen hat und das Bundesministerium der Finanzen im Einvernehmen mit den obersten Finanzbehörden der Länder im Bundesgesetzblatt den Veranlagungszeitraum bekanntgegeben hat, ab dem die Regelung des § 65 Absatz 3a EStDV erstmals anzuwenden ist.**

Die elfstellige Steuer-Identifikationsnummer, die Ihnen schriftlich vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilt wurde, ist personenbezogen und gilt ein Leben lang. Sie ist nicht zu verwechseln mit der Steuernummer beim jeweiligen Finanzamt oder der eTIN, die in der Lohnsteuerbescheinigung angegeben wird. Das „Gesetz zur Modernisierung des Besteuerungsverfahrens“ vom 18.07.2016 – Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 35, S. 1679 sieht eine künftige Datenübermittlung an die Finanzverwaltung vor.

Der Steuerpflichtige kann demnächst mit seinem Antrag auf Feststellung des Vorliegens einer Behinderung gleichzeitig seinen steuerlichen Nachweispflichten nachkommen, indem er um elektronische Weiterleitung der Feststellungen an die Finanzverwaltung bittet. Der Steuerpflichtige muss dann in der Steuererklärung den Behinderten-Pauschbetrag geltend machen, ohne hierfür einen weiteren Nachweis beifügen zu müssen.

Wird von seitens des Antragstellers der für die Feststellung einer Behinderung zuständigen Stelle seine Steueridentifikationsnummer (bzw. im Fall der Übertragung, die Daten der behinderten Person) nicht mitgeteilt, kann von der Finanzverwaltung der Behinderten-Pauschbetrag nach § 33b Absatz 1 bis 3 EStG demnächst nicht mehr gewährt werden. So kann der Antragsteller selbst bestimmen, ob seine persönlichen Daten an die Finanzverwaltung übermittelt werden.

## Übermittlung von Sozialdaten an andere Leistungsträger

Die im Rahmen des Feststellungsverfahrens nach dem SGB IX von Ärztinnen/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 X. Buch 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/Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen geführten medizinischen, psychiatrischen, psychoanalytischen und psychotherapeutischen Unterlagen, insbesondere Entlassungs- und Zwischenberichte, 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/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 Ärzte und Ärztinnen insoweit von der Schweigepflicht. Falls ich diese Einwilligungserklärung einschränken will, werde ich eine gesonderte Erklärung abgeben.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in bzw. (gesetzliche/r) Vertreter/in

## Anlagen