

Einfacher und schneller!
Antrag online stellen unter:
www.lasv.brandenburg.de

Landesamt für Soziales und Versorgung
Land Brandenburg



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

<input type="checkbox"/>	auf erstmalige Feststellung				
<input type="checkbox"/>	auf Neufeststellung wegen Verschlimmerung des Gesundheitszustandes bzw. Geltendmachung weiterer gesundheitlicher Beeinträchtigungen Bitte Aktenzeichen angeben. (die letzten 8 Ziffern des Geschäftszeichens)				
<input type="checkbox"/>	auf Zuerkennung von Merkzeichen				
<input type="checkbox"/>	G (erheblich gehbehindert)	<input type="checkbox"/>	B (Begleitperson)	<input type="checkbox"/>	aG (außergewöhnlich gehbehindert)
<input type="checkbox"/>	Bl (blind)	<input type="checkbox"/>	GI (gehörlos)	<input type="checkbox"/>	RF (trotz Hörhilfe erheblich hörbehindert, erheblich sehbehindert, Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen nicht möglich)
<input type="checkbox"/>	H (hilfflos)	<input type="checkbox"/>	TBI (taubblind)		
<input type="checkbox"/>	auf Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises				

Sie unterstützen uns, wenn Sie den Antrag mit einem Kugelschreiber sorgfältig und vollständig in **B L O C K - S C H R I F T** ausfüllen.

Verwenden Sie dabei bitte Umlaute (ä, ö, ü, ß) und keine Umschreibung (ae, ue, oe, ss).

1. Angaben zur Person

Name					
Vorname					
Titel („Dr.“, ...)		Zusatz („von“, ...)			
Geburtsname					
Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> andere/ keine Angabe
Straße				Hausnr.	
PLZ, Wohnort oder gewöhnlicher Aufenthalt					
E-Mail *					
Telefon					
Ich bin erwerbstätig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

* Sofern Sie Ihre E-Mail-Adresse mitteilen, können Sie an der Online-Abfrage Ihres Bearbeitungsstandes über www.lasv.brandenburg.de teilnehmen. Nähere Erläuterungen siehe Hinweise.

Staatsangehörigkeit			
Grenzarbeitnehmer/in:	Bitte fügen Sie die Arbeitsbescheinigung Ihres jetzigen Arbeitgebers und ggf. die Arbeitserlaubnis bei.		
Ausländer/in:	Bitte fügen Sie eine amtliche Bescheinigung der Ausländerbehörde über Ihren aufenthaltsrechtlichen Status bei. (Ausgenommen sind Angehörige der EU, Liechtenstein, Island und Norwegen)		
Angaben zum/zur			
<input type="checkbox"/> gesetzliche/r Vertreter/in <input type="checkbox"/> Betreuer/in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/er (Bitte Bestallungsurkunde bzw. Vollmacht beifügen!)			
Name			
Vorname			
Titel („Dr.“, ...)		Zusatz („von“, ...)	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> andere/keine Angabe
Straße		Hausnr.	
PLZ, Wohnort			
E-Mail *			
Telefon			

<input type="checkbox"/> Ich habe bereits einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt.	
Bei folgender Verwaltungsbehörde:	
Aktenzeichen:	

<input type="checkbox"/> Bitte stellen Sie mir Informationsmaterial in leichter Sprache zur Verfügung.	
Aufgrund meiner Sehbehinderung bitte ich darum, mir den Bescheid in einer für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden:	
<input type="checkbox"/> als Großdruck	<input type="checkbox"/> in Brailleschrift (Blindenschrift)

2. Angaben zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen

2.1. Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei erstmaliger Antragstellung	
Ifd. Nr.	Die nachfolgenden körperlichen, geistigen und/oder seelischen Beeinträchtigungen, die mindestens 6 Monate andauern, werden von mir geltend gemacht: (Bitte geben Sie nur die Beeinträchtigungen an, die bei der Feststellung berücksichtigt werden sollen.)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

* Sofern Sie Ihre E-Mail-Adresse mitteilen, können Sie an der Online-Abfrage Ihres Bearbeitungsstandes über www.lasv.brandenburg.de teilnehmen. Nähere Erläuterungen siehe Hinweise.

2.2.	Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Neufeststellungsantrag wegen Änderung
Ifd. Nr.	Die nachfolgenden körperlichen, geistigen und/oder seelischen Beeinträchtigungen haben sich seit der letzten Feststellung wesentlich verschlimmert und/oder sind neu hinzugetreten: (Bitte geben Sie nur die Beeinträchtigungen an, die bei der Feststellung berücksichtigt werden sollen.)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

3. Angaben zu ärztlichen Behandlungen in den letzten 2 Jahren

3.1.	Hausarzt/-ärztin	
	Name (ohne Titel, z. B. „Dr.“)	
	Vorname	
	Straße, Haus-Nr.	
	PLZ, Praxisort	

3.2.	Weitere fachärztliche Behandlungen insbesondere der letzten 2 Jahre	
	Name (ohne Titel, z. B. „Dr.“)	
	Vorname	
	Straße, Haus-Nr.	
	PLZ, Praxisort	
	Fachrichtung	
	Wegen der unter 2.1 oder 2.2 angegebenen Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Hat Ihr/e Hausarzt/-ärztin dazu Unterlagen? <input type="checkbox"/> ja
	Name (ohne Titel, z. B. „Dr.“)	
	Vorname	
	Straße, Haus-Nr.	
	PLZ, Praxisort	
	Fachrichtung	
	Wegen der unter 2.1 oder 2.2 angegebenen Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Hat Ihr/e Hausarzt/-ärztin dazu Unterlagen? <input type="checkbox"/> ja

Name (ohne Titel, z. B. „Dr.“)	
Vorname	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Praxisort	
Fachrichtung	
Wegen der unter 2.1 oder 2.2 angegebenen Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Hat Ihr/e Hausarzt/-ärztin dazu Unterlagen? <input type="checkbox"/> ja

3.3	Krankenhausbehandlungen insbesondere der letzten 2 Jahre				
	von – bis	Name und Anschrift des Krankenhauses	Abteilung/ Station	Wegen der Beeinträchtigung (Ifd. Nr. Pkt. 2)	Hat Ihr/e Hausarzt/-ärztin dazu Unterlagen? <input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> ja

3.4	Kuren/Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere der letzten 2 Jahre				
	von – bis	Name und Anschrift		Wegen der Beeinträchtigung (Ifd. Nr. Pkt. 2)	Hat Ihr/e Hausarzt/-ärztin dazu Unterlagen? <input type="checkbox"/> ja
		der Kureinrichtung			<input type="checkbox"/> ja
		des die Kur-/Reha-Maßnahme bewilligenden Leistungsträgers (z. B. Rentenversicherungsträger, Krankenkasse oder Unfallkasse)			
		Versicherungs-Nr.:			

3.5	Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung				
	Sind Sie pflegebedürftig und haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein				
	Wenn ja: <input type="checkbox"/> Der Antrag wurde abgelehnt.				
	<input type="checkbox"/> Der Antrag wurde bewilligt mit Pflegegrad <input type="text"/> ab: _____				
	<input type="checkbox"/> Über den Antrag wurde noch nicht entschieden.				
	Name und Anschrift der Pflegekasse:				
	Versicherungs-Nr.:				

3.6	Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung		
	Erhalten Sie Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus der Rentenversicherung oder haben Sie einen Antrag gestellt?		
	<input type="checkbox"/> Nein, ich habe keinen Antrag gestellt. <input type="checkbox"/> Ja, ich erhalte Rente ab: _____ <input type="checkbox"/> Nein, der Antrag wurde abgelehnt. <input type="checkbox"/> Über den Antrag ist noch nicht entschieden.		
	Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers:		
	Versicherungs-Nr.:		

3.7	Sonstige Entscheidungen			
	Hat eine andere Verwaltungsbehörde (z. B. nach dem Sozialen Entschädigungsrecht), eine Berufsgenossenschaft oder ein Gericht bereits eine Feststellung zu den Gesundheitsstörungen, zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder zum Grad der Schädigungsfolgen (GdS) getroffen? Bitte Kopie des aktuellen Bescheides/der Entscheidung beifügen.			
	<input type="checkbox"/> Ja, für folgende Gesundheitsstörung(en):	Höhe des/der festgestellten GdS/MdE	Bezeichnung der Verwaltungsbehörde, des Sozialversicherungsträgers oder des Gerichts	Versicherungsnummer, Aktenzeichen, Datum der Entscheidung

Mitwirkung

Für die Entscheidung über Ihren Antrag benötigt das Landesamt für Soziales und Versorgung (LASV) aktuelle Angaben über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand. Das LASV ist daher auf Ihre Mitwirkung angewiesen. In entsprechender Anwendung der §§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) haben Sie alle Tatsachen anzugeben und die Beweismittel zu bezeichnen, die für die beantragten Feststellungen von Bedeutung sind. Bei fehlender Mitwirkung können die beantragten Feststellungen nach pflichtgemäßem Ermessen abgelehnt werden.

Datenschutz

Die personenbezogenen Daten sind zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach § 152 SGB IX erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung durch das LASV ist § 12 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsofferversorgung und § 67a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).

Aus datenschutzrechtlichen Gründen werden unaufgefordert übersendete Lichtbilder vernichtet. Bitte beachten Sie die Hinweise zur Ausweisausstellung (siehe Hinweisblatt zum Antragsformular).

Bestätigung der Richtigkeit der Angaben gemäß Pkt. 1-3.

Ich versichere, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Name, Vorname

Datum, Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers
oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

4. Erklärung und Information zum Antrag auf Feststellung der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch und auf Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises

4.1 Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Mir ist bekannt, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung für die Prüfung der Höhe des Grades der Behinderung und/oder des Vorliegens von Merkzeichen aktuelle Angaben über meinen derzeitigen Gesundheitszustand benötigt. Soweit meine Angaben und Unterlagen für eine sachgerechte Beurteilung der Gesundheitsstörungen nicht ausreichen, ist das Landesamt für Soziales und Versorgung auf weitere medizinische Unterlagen und Auskünfte der mich behandelnden Ärztinnen/Ärzte und Einrichtungen angewiesen, auch soweit diese von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Einrichtungen erstellt worden sind.

In Kenntnis dessen willige ich ein, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung von den von mir angegebenen oder aus den überlassenen Unterlagen ersichtlichen Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Behörden, Sozialleistungsträgern und sonstigen Stellen sowie Personen, die ich angegeben habe, medizinische Unterlagen und Auskünfte in dem Umfang einholt, wie diese Aufschluss über meinen derzeitigen Gesundheitszustand geben können. Ich stimme der Verwertung der Unterlagen und Auskünfte zu und entbinde die genannten Ärztinnen/Ärzte und sonstigen schweigepflichtigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig ist und von mir jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann. Eine nachträgliche Beschränkung oder ein Widerruf wirken sich allerdings nicht für die Vergangenheit, sondern nur für die Zukunft aus. Die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung gilt für dieses Verfahren und für ein sich gegebenenfalls anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie erstreckt sich auch auf psychische, psychoanalytische und psychotherapeutische Unterlagen und Behandlungen. Soweit ich damit nicht einverstanden bin, habe ich die Beschränkungen dieser Einwilligung nachstehend vermerkt. Ich weiß, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung dann nur nach Lage des Akteninhalts prüfen und dies zu einem negativen Ergebnis für mich führen kann.

Meine Einwilligungserklärung beschränke ich wie folgt:

- in zeitlicher Hinsicht:
- auf bestimmte Ärzte oder Einrichtungen:
- Sonstiges:

4.2 Kenntnisnahme weiterer Informationen

Ich nehme zur Kenntnis, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung medizinische Daten, die bereits vorliegen oder die gemäß Ziffer 4.1 ermittelt wurden, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Renten- und Unfallversicherungsträger) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben sowie an Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit weitergeben darf. Zur eigenen Aufgabenerfüllung darf das Landesamt für Soziales und Versorgung diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, wenn und soweit dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 69 Absatz 1 Nummer 1 und 2 i. V. m. § 76 Absatz 2 Nummer 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X).

Mir ist bekannt, dass ich einer solchen Weitergabe jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widersprechen kann.

Name, Vorname

Datum, Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers
oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

Bitte vergessen Sie nicht, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zu unterschreiben, damit die notwendige Sachverhaltsaufklärung vom Landesamt für Soziales und Versorgung durchgeführt werden kann.

Allgemeine Hinweise

Übersenden Sie bitte mit dem Antragsformular alle Ihnen vorliegenden medizinischen Unterlagen (nicht älter als 2 Jahre) zu den von Ihnen geltend gemachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Sie ersparen uns damit Rückfragen und eine zeitaufwendige Sachverhaltsaufklärung. Originalunterlagen senden wir umgehend zurück. Ärztliche Atteste mit Diagnosen, aber ohne Angabe von Befunden, Funktionseinschränkungen und Art der Behandlung genügen in der Regel nicht als Nachweis von Behinderungen. Sofern die Angaben und Unterlagen für eine Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes nicht ausreichen, wird das Landesamt für Soziales und Versorgung mit Ihrer Einwilligung bei den von Ihnen angegebenen Ärztinnen, Ärzten und/oder medizinischen Einrichtungen Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand einholen und die dort vorliegenden Unterlagen beziehen. Wir bitten um Verständnis, wenn dies die Bearbeitungszeit eventuell verlängert. Für diesen Zweck unterzeichnen Sie bitte die Einwilligungs- und Schweigepflichtbindungs- und Schweigepflichtbindungserklärung auf Seite 6 des Antragsformulars.

Bitte gehen Sie die nachfolgende Übersicht der beispielhaft aufgeführten Unterlagen durch und fügen Sie dem Antrag die für Sie zutreffenden Anlagen wenn möglich bei:

- unterschriebene Einwilligungs- und Schweigepflichtbindungserklärung
- Vollmacht, Betreuerausweis, Betreuungsgutachten
- Kopie des Reisepasses und/oder Aufenthaltstitel
(nicht notwendig bei EU-Angehörigen oder aus Ländern Island, Liechtenstein, Norwegen)
- Arbeitsbescheinigungen des Arbeitgebers, Arbeitserlaubnis (nur wenn Grenzarbeitnehmer/in)
- Hausarztbefunde, Facharztbefunde
- Blutzuckertagebuch oder digitale Auswertung (nur bei Diabetes mellitus)
- Krankenhausberichte, Reha-Entlassungsberichte
- Sehtest (nur bei Sehschwäche), Sprachaudiogramm (nur bei Schwerhörigkeit)
- Rentengutachten, Gutachten/Bescheid der Berufsgenossenschaft
- sonstige (Therapie-)Berichte, sonstige medizinische Unterlagen
-

Hinweis zur Antragstellung

Sofern der im Antragsvordruck vorgesehene Raum nicht ausreicht, führen Sie bitte Ihre Angaben auf einem gesonderten Blatt fort. Sollten Sie Fragen zum Antrag haben, können Sie sich persönlich an Ihr zuständiges Bürgerbüro oder telefonisch an das Landesamt für Soziales und Versorgung wenden.

Standort Cottbus Schwerbehindertenrecht Lipezker Str. 45, Haus 6 03048 Cottbus Servicetelefon: 0355 2893-800 Telefax: 0331 27548-4548 E-Mail: service@lasv.brandenburg.de	Standort Frankfurt (Oder) Schwerbehindertenrecht Robert-Havemann-Str. 4 15236 Frankfurt (Oder) Servicetelefon: 0355 2893-800 Telefax: 0331 27548-4548 E-Mail: service@lasv.brandenburg.de	Standort Potsdam Schwerbehindertenrecht Zeppelinstr. 48 14471 Potsdam Servicetelefon: 0355 2893-800 Telefax: 0331 27548-4548 E-Mail: service@lasv.brandenburg.de
Besucherzeiten: Montag: 09:00 – 12:00 Uhr Dienstag: 09:00 – 18:00 Uhr Donnerstag: 09:00 – 16:00 Uhr		Erreichbarkeit Servicetelefon: Mo, Do: 08:00 – 16:00 Uhr Dienstag: 08:00 – 18:00 Uhr Mittwoch: 08:00 – 13:00 Uhr Freitag: 08:00 – 12:00 Uhr

Ausweisausstellung

Sofern ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 festgestellt wird, erhalten Sie mit Bescheiderteilung die Aufforderung zur Einsendung des Lichtbildes und weitere Hinweise zur Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises.

Online-Abfrage des Bearbeitungsstandes

Auf der Internetseite des Landesamtes für Soziales und Versorgung www.lasv.brandenburg.de unter der Rubrik „Schwerbehindertenrecht“ können Sie den aktuellen Bearbeitungsstand Ihres Antrages abrufen.

Dies ist jedoch nur möglich, wenn Sie uns eine E-Mail-Adresse bekannt gegeben haben, ein Antrag zur Bearbeitung vorliegt und Ihnen ein Aktenzeichen mitgeteilt wurde. Die Darstellung des jeweiligen Bearbeitungsabschnittes erfolgt anhand von Säulen. Der aktuelle Bearbeitungsabschnitt ist jeweils gekennzeichnet.

Rückwirkende Feststellung

Auf Antrag kann festgestellt werden, dass ein Grad der Behinderung oder Merkzeichen bereits vor erstmaliger Antragstellung vorgelegen hat, wenn dafür ein besonderes Interesse glaubhaft gemacht wird. Die konkreten wirtschaftlichen Vorteile aus der rückwirkenden Feststellung müssen belegt werden.