



## Erstantrag Schwerbehindertenrecht

**Bitte beachten Sie!**

Sehr geehrte Antragstellerin,  
sehr geehrter Antragsteller,

im Rahmen des Verwaltungsverfahrens ermittelt das Versorgungsamt den Sachverhalt und entscheidet über den Grad der Behinderung sowie die beantragten Merkzeichen.

Zur Sachverhaltsaufklärung werden die angegebenen Ärzte und weitere Stellen angeschrieben und um Übermittlung notwendiger Unterlagen gebeten. Erfahrungsgemäß nimmt dieser Vorgang einige Zeit in Anspruch. **Sie können zur Beschleunigung des Verfahrens beitragen, indem Sie dem Antrag aktuelle Kopien von Arzt-, Klinik- oder Rehaberichten und ggf. Pflegegutachten beifügen.**

Die Aktenführung erfolgt im Landratsamt Waldshut elektronisch. Falls Sie eine Rückgabe der in Papierform eingereichten Unterlagen wünschen, teilen Sie uns dies bitte zusammen mit der Antragstellung mit, ansonsten werden die Papierunterlagen nach der Übertragung in die elektronische Form von uns nach einer vorübergehenden Aufbewahrung aus Gründen der Qualitätssicherung (maximal sechs Monate ab Antragseingang) vernichtet.

Sollte ein GdB von mindestens 50 anerkannt werden, besteht die Möglichkeit einen Schwerbehindertenausweis auszustellen. Hierzu benötigen wir von Ihnen ein aktuelles Passfoto (muss nicht biometrisch sein). **Bitte vermerken Sie auf der Rückseite des Passbildes Ihren Namen und das Geburtsdatum.** Das Passbild wird für die Dauer von bis zu sechs Jahren in der Datenbank zu Ihrem Fall abgespeichert. Dieser Speicherung können Sie schriftlich widersprechen.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Versorgungsamt

# Hinweise zum Datenschutz

Informationen zur Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 (EU-Datenschutz-Grundverordnung – DS-GVO) und zum Schutz der Sozialdaten nach dem 2. Kapitel des Zehnten Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - (SGB X):

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten ist Artikel 6 DS-GVO.

Ihre Angaben im Antragsformular sind erforderlich, damit das Landratsamt das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) nach § 152 SGB IX feststellen kann (Verarbeitungszweck i.S.d. Artikel 13 Absatz 1 Buchstabe c) DS-GVO).

Sie sind nach § 60 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet, das heißt, Sie müssen die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben machen und Ihre Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte geben. Feststellungen nach § 152 SGB IX können nach § 66 SGB I versagt oder entzogen werden bzw. kann der Antrag abgelehnt werden, wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Daten zur Durchführung eines Feststellungsverfahrens nach § 152 SGB IX mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden. Sofern ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt wird, erfolgt eine Speicherung Ihres Passbildes für die Dauer von bis zu sechs Jahren.

Im Übrigen gelten die folgenden Speicherfristen:

- 2 Jahre (bei Tod, Antragsrücknahme oder Verzicht)
- 5 Jahre (bei Verzug aus dem Geltungsbereich des SGB IX)
- 10 Jahre (bei verbindlicher Ablehnung, GdB unter 20, Personenkreisvoraussetzungen nicht erfüllt)
- 16 Jahre (in allen anderen Fällen).

Sie können der Verarbeitung personenbezogener Daten **widersprechen** (Artikel 21 DS-GVO) oder eine vorzeitige **Löschung** der gespeicherten Daten verlangen (Artikel 17 DS-GVO).

Die Akten werden möglicherweise einem Arzt außerhalb der Verwaltung zur Begutachtung zugeleitet.

Sie können einer solchen Zuleitung an Ärzte außerhalb der Verwaltung ebenfalls **widersprechen** (Artikel 21 DS-GVO).

Ihre Rechte:

- Sie können nach Maßgabe des Artikel 15 DS-GVO Auskunft über Ihre gespeicherten Daten verlangen.
- Sie können eine kostenlose Kopie dieser Daten verlangen (Artikel 15 Abs. 3 und 4 DS-GVO).
- Sie können eine Vervollständigung oder Berichtigung Ihrer Daten verlangen, sofern diese unvollständig oder unrichtig sind (Artikel 16 DS-GVO).

- Jede erfolgte Berichtigung oder Vervollständigung Ihrer Daten sind von uns weiteren Empfängern mitzuteilen, sofern dies möglich und nicht mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden ist (Art 19 DS-GVO).
- Sie haben unter gewissen Voraussetzungen das Recht, die Löschung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen. Auf Artikel 17 DS-GVO wird insoweit hingewiesen.
- Sie können verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten unter bestimmten Voraussetzungen einzuschränken (Artikel 18 DS-GVO).
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird hiervon nicht berührt (Artikel 13 Abs. 2 Buchstabe c) DS-GVO).

Sofern Sie der Ansicht sind, bei der Verarbeitung Ihrer Sozialdaten in **Ihren Rechten verletzt** worden zu sein, haben Sie die Möglichkeit, sich an folgende Stellen zu wenden:

- Beauftragte für den Datenschutz beim Landratsamt:  
Kaiserstr. 110  
79761 Waldshut-Tiengen  
Tel.: 07751/86 – 0  
Datenschutz@landkreis-waldshut.de
- Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg  
Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart  
Königstraße 10a, 70173 Stuttgart  
Tel.: 0711/61 55 41 – 0

Weiterhin können Sie sich an die für die Versorgungsämter in den Landratsämtern zuständige Fachaufsichtsbehörde wenden:

Regierungspräsidium Stuttgart,  
Abteilung 9  
Landesversorgungsamt und Gesundheit  
Ruppmannstr. 21  
70565 Stuttgart  
Telefon 0711 904-0

## Ausfüllhilfe und Merkblatt

### zum Erstantrag nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX)<sup>1)</sup>

Stand 01.01.2021

#### Hinweise zur Antragstellung beim Landratsamt

Der Antrag ist beim zuständigen Landratsamt (siehe Seite 4) mit dem dafür vorgesehenen Formblatt zu stellen. Sie können den Antrag auch formlos stellen und erhalten dann das Antragsformular zugesandt.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und gut leserlich aus; wenn Sie es wünschen, ist Ihnen das Landratsamt, die Stadt- oder Gemeindeverwaltung, die Fürsorgestelle für Kriegsoffer oder das Integrationsamt dabei behilflich.

Sie können zur Beschleunigung des Verfahrens selbst erheblich beitragen, wenn Sie dem Antrag umfassende Arztberichte mit genauer Beschreibung des Befundes und des Funktionsausfalles oder die bei Ihrem Hausarzt befindlichen Untersuchungsunterlagen, wie z.B. Facharztbriefe, Krankenhausberichte, Kurschlussgutachten, Röntgenbefunde beifügen, soweit sie die Gesundheits-

störungen betreffen. Ärztliche Bescheinigungen, die lediglich die geäußerten Klagen und Beschwerden enthalten, reichen nicht aus. Eine Kostenerstattung für eingereichte Atteste kann nicht zugesichert werden.

**Das Landratsamt ist bestrebt, über Ihren Antrag alsbald zu entscheiden. Die Zahl der eingehenden Anträge ist jedoch so groß, dass eine längere Bearbeitungsdauer nicht ausgeschlossen werden kann.**

Das Landratsamt bleibt aber bemüht, die Wartezeiten abzukürzen und bittet schon jetzt um Verständnis für etwaige unvermeidliche Verzögerungen. Sie werden deshalb auch gebeten, möglichst von Rückfragen abzusehen.

Sofern besondere Umstände (z.B. Kündigung) nach der Antragstellung eintreten, werden Sie gebeten, dies unverzüglich mitzuteilen, damit die Bearbeitung Ihres Antrages vorgezogen werden kann.

#### \* Beispiele und Hinweise zum Ausfüllen des Vordruckes Fbl. Nr. 28 090/3 (Antrag SGB IX) \*

Seite 2 des Vordruckes

<p>1. Welche der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen <b>sollen</b> nach dem Schwerbehindertenrecht berücksichtigt werden?</p>	<p><b>Ursache:</b> z.B. angeborene Gesundheitsstörungen, <b>Arbeits-</b>, Verkehrs-, häuslicher <b>Unfall</b>, Berufskrankheit, Kriegswahrdienst-, Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat, Impfschaden, sonstige Ursachen</p>
<p>① <i>Beinverlust links</i></p>	<p><i>Arbeitsunfall</i></p>
<p>② <i>Herzinfarktfolgen</i></p>	<p><i>Krankheit</i></p>
<p>2. Soll Ihr Antrag <b>alle Gesundheitsstörungen</b>, die sich aus den ärztlichen Unterlagen ergeben - auch wenn sie unter II.1 von Ihnen nicht aufgeführt wurden – umfassen?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/>                      Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Wir empfehlen Ihnen, Ihren behandelnden 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.</p>	

**Hinweis zu Nr. 1 und 2:** Sie haben die Möglichkeit, Ihren Antrag nach dem SGB IX zu beschränken und nur einzelne Gesundheitsstörungen geltend zu machen. In diesem Fall kreuzen Sie bitte unter Ziffer 2 „nein“ an und geben unter Ziffer 1 nur die Gesundheitsstörungen an, die berücksichtigt werden sollen. Wollen Sie die Einbeziehung aller bei Ihnen vorliegenden Gesundheitsstörungen, so kreuzen Sie unter Ziffer 2 „ja“ an und führen bitte zur Erleichterung der Sachverhaltsaufklärung unter Ziffer 1 alle bei Ihnen bestehenden Gesundheitsstörungen an.

#### Angaben zu behandelnden Ärzten / Fachärzten / Kliniken

1. Hausarzt	wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen)		
<p>Name: <i>Dr. Franz</i></p> <p>Straße: <i>Karlstr. 7-</i></p> <p>PLZ/Ort: <i>73994 A-Stadt</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Datum der letzten Behandlung:</p> <p><i>seit Jahren</i></p> <p><i>18.10.2017</i></p> <p><i>u. weiter</i></p>	<p>bitte Spalte <b>unbedingt ausfüllen</b></p> <p style="text-align: center;">↓</p>

Seite 3 des Vordruckes

<b>2. Fachärzte / Fachrichtung</b>		<input type="checkbox"/> ① <input checked="" type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥	Datum der letzten Behandlung: <b>19.10.2017</b>	Überwei- sung durch den Hausarzt  <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name/Fachrichtung: <i>Dr. Fritz, Facharzt f. innere Krankheiten</i>  Straße: <i>Josefstr. 9</i>  PLZ/Ort: <i>73995 B-Stadt</i>				
<b>3. Krankenhausbehandlungen</b>		wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesund- heitsstörungen ( <b>Nr. 1-6 bitte ankreuzen</b> )		
Name: <i>Kreiskrankenhaus</i>  Abteilung, Station: <i>Innere Abteilung / B 5</i>  Straße:  PLZ/Ort: <i>73995 B-Stadt</i>		<input type="checkbox"/> ① <input checked="" type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥	Behandlungszeitraum von – bis <b>20.10.17-15.11.17</b>  <input checked="" type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant	
<b>4. Reha-Einrichtungen / Kurkliniken</b>			wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesund- heitsstörungen ( <b>Nr. 1-6 bitte ankreuzen</b> )	
Name: <i>Rheintal-Klinik</i>  Straße:  PLZ/Ort: <i>73996 C-Stadt</i>  Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung): <i>Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg</i>		<input checked="" type="checkbox"/> ① <input checked="" type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥	Behandlungszeitraum von – bis <b>16.11.17-20.12.17</b>  <input checked="" type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant	

**Hinweis:** Bitte geben Sie hier **unbedingt genau und vollständig** an, welche Ärzte und/oder med./ärztl. Einrichtungen sowie ggf. andere Stellen wegen welcher Gesundheitsstörungen (*Nr. 1-6 bitte ankreuzen*) vom Landratsamt angeschrieben werden dürfen (Erfordernis im Interesse des Datenschutzes!). **Unvollständige Angaben verzögern die Bearbeitung und erfordern Rückfragen!**

Seite 4 des Vordruckes

**Schwerbehindertenausweis**

1. Der Schwerbehindertenausweis soll die Voraussetzungen nachweisen für die Zeit
- ab Antragstellung
  - ab 01.01.2017. Ein besonderes Interesse an der Feststellung dieses Zeitpunktes besteht, weil (hier Gründe für die Rückwirkung der Feststellung angeben z.B.: Finanzamt):  
**Einkommensteuerveranlagung**
2.  Ich benötige keinen Schwerbehindertenausweis.

**Hinweis:** Wenn Sie aus bestimmten Gründen (z.B. steuerlichen) für eine Zeit vor der Antragstellung Feststellungen des Landratsamtes benötigen, begründen Sie dies kurz.

**Wer ist ein schwerbehinderter Mensch?**

- Schwerbehinderte Menschen sind Personen
- mit einem Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50,
  - sofern sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 156 SGB IX rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben (§ 2 Abs.2 SGB IX).

Die Schwerbehinderteneigenschaft wird kraft Gesetzes, d.h. bereits mit dem Eintritt der Behinderung und nicht erst mit deren Feststellung durch das Landratsamt erworben.

**Wer kann einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden?**

Personen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen im Übrigen die Voraussetzungen des § 2 Abs. 2 SGB IX vorliegen, sollen aufgrund einer Feststellung nach § 152 SGB IX auf ihren Antrag von der Agentur für Arbeit schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 156 Abs. 1 SGB IX nicht erlangen oder nicht behalten können.

Die Gleichstellung erfolgt durch die für den Wohnort zuständige *Agentur für Arbeit*. Wenn Sie bei Gefährdung Ihres Arbeitsplatzes bzw. Nichterlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes im Sinne des § 156 Abs. 1 SGB IX die Gleichstellung beantragen wollen, wäre der Antrag unmittelbar bei der *Agentur für Arbeit* zu stellen. Mit dem Antrag auf Gleichstellung ist der Feststellungsbescheid des Landratsamtes oder der sonstige Bescheid über die Höhe des Grades der Schädigungsfolgen (GdS) vorzulegen. Im Falle der Gleichstellung besteht aber kein Anspruch auf Zusatzurlaub nach § 208 SGB IX.

### Wie wird die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch festgestellt?

Das für den Wohnort zuständige Landratsamt (siehe Seite 4) hat nach § 152 SGB IX auf Antrag den Grad der Behinderung<sup>2)</sup> und gegebenenfalls weitere gesundheitliche Merkmale festzustellen. Es erteilt hierüber einen rechtsbehelfsfähigen Feststellungsbescheid, in dem der GdB und die weiteren gesundheitlichen Merkmale angegeben werden, und zwar auch dann, wenn der festgestellte GdB weniger als 50 beträgt.

Eine solche Feststellung kann nicht getroffen werden, wenn der GdB oder die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder der GdS bereits in einem Rentenbescheid oder dergleichen festgestellt worden ist (z.B. Bescheid einer Berufsgenossenschaft oder eines Landratsamtes, nicht aber Bescheide der Rentenversicherungsträger über Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Rente wegen Erwerbsminderung), es sei denn, dass Sie weitere, dort nicht berücksichtigte Gesundheitsstörungen oder sonst ein Interesse an einer anderweitigen Feststellung weiterer gesundheitlicher Merkmale beantragen.

Beträgt der im Bescheid des Landratsamtes, bzw. der anderen Stelle festgestellte GdB mindestens 50, so stellt Ihnen das Landratsamt einen Ausweis mit Lichtbild nach § 152 Abs. 5 SGB IX über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den Grad der Behinderung und gegebenenfalls die weiteren gesundheitlichen Merkmale aus. Sofern Sie einen Ausweis benötigen, geben Sie dies bitte im Antrag (unter V. Nr.1) an.

### Wozu dient der Ausweis nach § 152 Abs. 5 SGB IX?

Der Ausweis des Landratsamtes nach § 152 Abs. 5 SGB IX dient zum Nachweis der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, des Grades der Behinderung und ggf. weiterer gesundheitlicher Merkmale (z.B. gegenüber Arbeitgeber, Agentur für Arbeit, Integrationsamt, Finanzamt).

Mit Hilfe dieses Ausweises können Sie die Ihnen zustehenden Rechte nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (u.a. Recht auf bevorzugte Einstellung, Kündigungsschutz, berufliche Förderung, Zusatzurlaub, begleitende Hilfe im Arbeitsleben, Nachteilsausgleiche, die Ihnen nach anderen Vorschriften zustehen) in Anspruch nehmen. Näheres über die verschiedenen Nachteilsausgleiche enthält ein weiteres Merkblatt, das Sie bei der Bescheiderteilung erhalten.

Der Ausweis für schwerbehinderte Menschen, die das Recht auf unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr in Anspruch nehmen können, ist durch einen halbseitigen orangefarbenen Flächenaufdruck gekennzeichnet. Schwerbehinderte Menschen, die das Recht in Anspruch nehmen wollen, erhalten auf Antrag ein mit einer Wertmarke versehenes Beiblatt zum Ausweis. Für die Wertmarke ist im Regelfall ein Eigenanteil von jährlich 91 € oder 46 € für ein halbes Jahr zu leisten. **Ausnahmen** bestehen für blinde und hilflose schwerbehinderte Menschen und für bestimmte Gruppen einkommensschwacher schwerbehinderter Menschen<sup>3)</sup> sowie für einen begrenzten Kreis von Kriegsbeschädigten und ihnen gleichgestellten behinderten Menschen (Besitzstandswahrung); sie erhalten die Wertmarke unentgeltlich.

**Anstelle** der unentgeltlichen Beförderung kann auch eine Kraftfahrzeugsteuerermäßigung um 50 v.H. in Anspruch genommen werden. Der schwerbehinderte Mensch muss also wählen, ob er die unentgeltliche Beförderung oder die Kfz-Steuerermäßigung beansprucht.

Hilflose, Blinde und außergewöhnlich gehbehinderte schwerbehinderte Menschen werden von der Kfz-Steuer befreit; daneben kann dieser Personenkreis auch die unentgeltliche Beförderung beanspruchen (mit Beiblatt und Wertmarke die bei außergewöhnlich Gehbehinderten in der Regel kostenpflichtig ist).

Der Ausweis enthält u.a. das Datum, an dem Ihr Antrag beim Landratsamt eingegangen ist. Von diesem Datum an gilt die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch im Regelfall als nachgewiesen. Sofern ein besonderes Interesse daran besteht, dass die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, ein anderer Grad der Behinderung oder ein oder mehrere gesundheitliche Merkmale bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen haben, werden die entsprechenden Feststellungen auf Antrag zusätzlich vom Landratsamt getroffen.

Ansprüche auf Rentenleistungen können aus dem SGB IX selbst nicht hergeleitet werden.

1) Vollständige Bezeichnung des Gesetzes und Fundstelle: Artikel 1 des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23.12.2016 (BGBl. I S. 3234).

2) Menschen mit Behinderungen sind gem. § 2 Abs. 1 SGB IX Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Die Auswirkung der Funktionsbeeinträchtigung ist als Grad der Behinderung (GdB) nach Zehnergraden abgestuft, von 20 bis 100 festzustellen.

3) Schwerbehinderte Menschen, die Arbeitslosengeld II oder laufende Leistungen nach dem Dritten (Hilfe zum Lebensunterhalt) und Vierten Kapitel (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) des Zwölften Buches, dem Achten Buch Sozialgesetzbuch oder nach §§ 27a und 27d BVG erhalten.

## Zuständigkeitsbereiche

Die für die Feststellungen nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 3 des SGB IX) zuständigen Versorgungsämter in Baden-Württemberg wurden durch die Verwaltungsreform zum 01.01.2005 in die Landratsämter eingegliedert.

In allen Fällen ist seit dem 01.01.2005 das **Landratsamt** örtlich und sachlich **zuständig**, in dessen Bereich die Berechtigten oder Antragsteller ihren **Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt** haben.

### Im Einzelnen wird auf folgende Besonderheiten besonders hingewiesen:

Zuständig sind seit dem 01.01.2005

für den Stadtkreis Stuttgart das Landratsamt Böblingen,

für den Stadtkreis Heilbronn das Landratsamt Heilbronn,

für den Stadtkreis Baden-Baden das Landratsamt Rastatt,

für die Stadtkreise Heidelberg und Mannheim das Landratsamt des Rhein-Neckar-Kreises,

für den Stadtkreis Karlsruhe das Landratsamt Karlsruhe,

für den Stadtkreis Pforzheim das Landratsamt des Enzkreises,

für den Stadtkreis Freiburg das Landratsamt Breisgau-Hochschwarzwald,

für den Stadtkreis Ulm das Landratsamt des Alb-Donau-Kreises.

In vorliegendem Fall ist **Ihr Landratsamt Waldshut in**

**79761 Waldshut-Tiengen, Kaiserstr. 110**

**zuständig!**

An das  
**Landratsamt Waldshut**  
**Kaiserstr. 110**  
**79761 Waldshut-Tiengen**

Eingangsstempel

**Erstantrag nach**  
**§ 152 Sozialgesetzbuch**  
**- Neuntes Buch - (SGB IX)**

Az.: \_\_\_\_\_

**Schwerbehindertenrecht**

**I. Angaben zur Person**

**- Bitte in Blockschrift ausfüllen -**

1 **Name** / surname / nom / nome / nombre / aile ismi

\_\_\_\_\_

**Vorname** / name / prénom / nombre de battesimo / nombre de pila / isim

\_\_\_\_\_

2 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht männlich  weiblich  divers  ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_ **erwerbstätig:** ja

3 **Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt:**

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Tel. tagsüber zu erreichen unter: \_\_\_\_\_

**Sie können selbst zur Verfahrensbeschleunigung beitragen, wenn Sie vorhandene aktuelle Arztbriefe und Untersuchungsunterlagen wie z.B. Facharztbriefe und Krankenhausberichte beifügen.**

4 Bei Minderjährigen unter 15 Jahren und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Name, Vorname und Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers angeben und Bestallungsurkunde/Betreuerausweis (in Kopie) beifügen.

\_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

5	<b>Staatsangehörigkeit:</b> _____	<b>Von der Ausländerbehörde auszufüllen</b>
6	<b>ausländische Antragsteller:</b> <b>bitte Pass (Kopie) vorlegen</b>  Bitte eine amtliche Bescheinigung über die <b>Aufenthaltserlaubnis/Niederlassungserlaubnis/Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG/ Aufenthaltsgestattung/Duldung</b> oder beglaubigte <b>Kopie</b> beifügen oder die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen lassen.  Für <b>Unionsbürger</b> reicht die Vorlage des Passes oder Personalausweises (Kopie) aus.	
7	<b>Grenzarbeitnehmer:</b>  Bitte fügen Sie eine Bescheinigung Ihres derzeitigen Arbeitgebers mit Angabe der wöchentlichen Arbeitszeit und ggf. eine Arbeitserlaubnis bei.	

Der/die Antragsteller/in hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf:

Ihm/ Ihr wurde am \_\_\_\_\_ eine

Aufenthaltserlaubnis  
 gültig bis \_\_\_\_\_

Niederlassungserlaubnis  
 Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG  
 Aufenthaltsgestattung  
 gültig bis \_\_\_\_\_

erteilt.

Sein/ihr Aufenthalt wurde letztmalig am \_\_\_\_\_  
 gültig bis \_\_\_\_\_

geduldet.

Die korrekte Schreibweise des Namens wird ausdrücklich bestätigt.

Im Auftrag  
 \_\_\_\_\_  
 (Datum, Stempel, Unterschrift)



## II. Angaben über die Gesundheitsstörungen / Erklärungen

1. Welche der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen <b>sollen</b> nach dem Schwerbehindertenrecht berücksichtigt werden?	<b>Ursache:</b> z.B. angeborene Gesundheitsstörungen, <b>Arbeits-</b> , Verkehrs-, häuslicher <b>Unfall</b> , Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat, Impfschaden, sonstige Ursachen
①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	
2. Soll Ihr Antrag <b>alle Gesundheitsstörungen</b> , die sich aus den ärztlichen Unterlagen ergeben - auch wenn sie unter II.1 von Ihnen nicht aufgeführt wurden – umfassen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Wir empfehlen Ihnen, Ihren behandelnden 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 behandelnden Ärzten / Fachärzten / Kliniken

1. Hausarzt	wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen ( <b>bitte ankreuzen</b> )		
Name:	① ②	Datum der letzten Behandlung:	bitte Spalte <b>unbedingt ausfüllen</b>  ↓
Straße:	③ ④		
PLZ/Ort:	⑤ ⑥		
<b>2. Fachärzte / Fachrichtung</b>	① ②	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch den Hausarzt  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name/Fachrichtung:	③ ④		
Straße:	⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PLZ/Ort:	① ②		
Name/Fachrichtung:	③ ④		
Straße:	⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PLZ/Ort:	① ②		
Name/Fachrichtung:	③ ④	Datum der letzten Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Straße:	⑤ ⑥		
PLZ/Ort:	① ②		
Name/Fachrichtung:	③ ④	Datum der letzten Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Straße:	⑤ ⑥		
PLZ/Ort:	① ②		

3. Krankenhausbehandlungen		wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen ( <b>bitte ankreuzen</b> )
Name:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis _____
Abteilung, Station:		<input type="checkbox"/> stationär
Straße:		<input type="checkbox"/> ambulant
PLZ/Ort:		
Name:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis _____
Abteilung, Station:		<input type="checkbox"/> stationär
Straße:		<input type="checkbox"/> ambulant
PLZ/Ort:		
4. Reha-Einrichtungen / Kurkliniken		wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen ( <b>bitte ankreuzen</b> )
Name:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis _____
Straße:		<input type="checkbox"/> stationär
PLZ/Ort:		<input type="checkbox"/> ambulant
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):		
Name:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis _____
Straße:		<input type="checkbox"/> stationär
PLZ/Ort:		<input type="checkbox"/> ambulant
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):		

#### IV. Angaben zu früheren Feststellungen

Wurde bereits eine Entscheidung getroffen		
1. von einem <b>Versorgungsamt / Landratsamt</b> oder einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Wehrbereichsgebührensamt) oder einem Gericht über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) bzw. über das Vorliegen von Schädigungsfolgen und den darauf beruhenden Grad der Schädigungsfolgen (GdS)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen		
2. von einer <b>Berufsgenossenschaft</b> über das Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit und der darauf beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (Bitte Feststellungsbescheide oder Unterlagen beifügen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen    ggf. Unfalltag: _____ und Arbeitgeber: _____		
Gesundheitsstörungen	Verwaltungsbehörde / Leistungsträger	Geschäftszeichen des Vorgangs
3. Erhalten Sie <b>Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit</b> aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen    Beginn der Leistung: _____ letzte Untersuchung: _____ <b>Anschrift und Versicherungsnummer</b> des Sozialversicherungsträgers: _____		

4. Erhalten Sie **Pflegegeld** oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

Ja  Nein  Entscheidung noch nicht ergangen **Pflegegrad:** \_\_\_\_\_ **Beginn der Leistung:** \_\_\_\_\_

**letzte Untersuchung:** \_\_\_\_\_

**Anschrift und Geschäftszeichen des Leistungsträgers (Krankenkasse/Pflegekasse):**

5. Bei behinderten Kindern (**von den Eltern auszufüllen**):

Besucht Ihr Kind eine/n Behinderteneinrichtung/-kindergarten/-schule  oder eine/n Regelkindergarten bzw. Regelschule   
**Bezeichnung und Anschrift:**

Werden Leistungen der Eingliederungshilfe vom Sozialamt bezogen?  Ja  Nein

6. Bei welchen sonstigen bisher nicht angegebenen Stellen können weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen angefordert werden (z.B.: Blindenhilfe)?

**Bezeichnung und Anschrift:**

## V. Schwerbehinderteneigenschaft/Schwerbehindertenausweis

1. Die Schwerbehinderteneigenschaft soll festgestellt werden für die Zeit

ab Antragstellung  ab \_\_\_\_\_. Ein besonderes Interesse an der Feststellung dieses Zeitpunktes besteht, weil (hier Gründe für die Rückwirkung der Feststellung angeben z.B.: Finanzamt):

2.  Ich benötige keinen Schwerbehindertenausweis.

**Wenn Sie** diesem **Antrag** bereits ein **farbiges Passbild beifügen**, (Rückseite mit Namen beschriften) **wird Ihnen** bei Vorliegen der Voraussetzungen (Grad der Behinderung wenigstens 50) **der Ausweis direkt übersandt**, sofern keine Zweifel an der Identität bestehen. Für Kinder unter 10 Jahren ist kein Passbild einzureichen. Dies gilt auch für Menschen, die das Haus nicht oder nur mit Hilfe eines Krankenwagens verlassen können.

## VI. Erklärung zum Datenschutz und Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Sofern beigefügte Unterlagen nicht ausreichen, **erkläre ich mich damit einverstanden**, dass das Landratsamt die in diesem Verwaltungsverfahren und in einem evtl. sich anschließenden Vorverfahren erforderlichen Auskünfte und Unterlagen von allen angegebenen Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, gesetzlichen und privaten Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste, Behörden und sonstigen Einrichtungen bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

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.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers bzw. des Vertreters (**Vollmacht/ Bestallungsurkunde/ Betreuerausweis – bitte Kopie** - vorlegen)

**Dem Antrag füge ich bei:**

- 1 farbiges Passbild aus neuester Zeit  
 Kopien ärztlicher Befunde