



Zutreffendes bitte ankreuzen  und in **Druckschrift** ausfüllen.  
Auf das beigefügte **Merkblatt** wird hingewiesen.

## Erstantrag nach dem Schwerbehindertenrecht - § 152 SGB IX

### Änderungsantrag

Ich habe schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt.

Name der Behörde:

Früheres Aktenzeichen:

Anschrift:

### 1. Angaben zur Person

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Wohnort:

Steuer-Identifikations-Nummer

(Siehe Nr. 6.6 des Merkblattes)

(Steuer-ID) **Durch die Eintragung der Steuer-ID beantragen Sie gleichzeitig die Übermittlung Ihrer Daten für die Besteuerung an die zuständige Finanzbehörde und willigen widerruflich in diese ein.**

Staatsangehörigkeit:

Telefonnummer

Sind Sie **Ausländer/in**, dann fügen Sie bitte eine amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt bei. Sind Sie **Grenzarbeitnehmer/in**, dann fügen Sie bitte eine Arbeitsbescheinigung Ihrer/s jetzigen Arbeitgeberin/Arbeitgebers und einen Nachweis über Ihren Wohnsitz im Ausland bei.

Sind Sie erwerbstätig?

### bei Minderjährigen: Eltern

gemeinsames Sorgerecht → Bitte **beide** Elternteile angeben (+ Unterschriften Seite 4+5)!

alleiniges Sorgerecht → Bitte **nur den sorgeberechtigten** Elternteil angeben (+ Unterschrift S.4+5)!

Vertretung

Name, Vorname:

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Bitte eine **Kopie** der Bestallungsurkunde, des Betreuerausweises oder der Vollmacht beifügen.

## 2. Landesblindengeld

Falls Sie nachstehend unter Nr. 4 (Merkzeichen) die Zuerkennung des Merkzeichens "Bl" (Blind) wünschen, können Sie an dieser Stelle zugleich die Gewährung des Landesblindengeldes nach dem Niedersächsischen Gesetz über das Landesblindengeld für Zivilblinde (LBIGG) beantragen.

Wollen Sie das? Wir leiten den Antrag an das zuständige Amt weiter!



**Unterschrift**

*Bitte beachten Sie hierzu unbedingt die weiteren Hinweise zu Punkt 6.4 des Merkblattes!*

## 3. Welche dauerhaft vorliegenden Gesundheitsstörungen machen Sie geltend?

**Name und Anschrift der Hausärztin / des Hausarztes:**

**Um weitere Gesundheitsstörungen geltend zu machen, nutzen Sie bitte die Rückseite oder ein weiteres Blatt Papier. Bitte nennen Sie uns nur Ärzte, Krankenhäuser und Kliniken mit Behandlungen in den letzten 2 Jahren.**

### 1. Gesundheitsstörung:

**Ursache:**

Behandelnde/r Fachärztin/Arzt, Krankenhaus und/ oder Reha-/ Kurklinik (Name, Anschrift):

Liegen evtl. Unterlagen hierzu beim Hausarzt?

### 2. Gesundheitsstörung:

**Ursache:**

Behandelnde/r Fachärztin/Arzt, Krankenhaus und/ oder Reha-/ Kurklinik (Name, Anschrift):

Liegen evtl. Unterlagen hierzu beim Hausarzt?

### **3. Gesundheitsstörung:**

#### **Ursache:**

Behandelnde/r Fachärztin/Arzt, Krankenhaus und/ oder Reha-/ Kurklinik (Name, Anschrift):

Liegen evtl. Unterlagen hierzu beim Hausarzt?

### **4. Gesundheitsstörung:**

#### **Ursache:**

Behandelnde/r Fachärztin/Arzt, Krankenhaus und/ oder Reha-/ Kurklinik (Name, Anschrift):

Liegen evtl. Unterlagen hierzu beim Hausarzt?

### **5. Gesundheitsstörung:**

#### **Ursache:**

Behandelnde/r Fachärztin/Arzt, Krankenhaus und/ oder Reha-/ Kurklinik (Name, Anschrift):

Liegen evtl. Unterlagen hierzu beim Hausarzt?

Ich bin damit einverstanden, dass alle im laufenden Feststellungsverfahren zusätzlich festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen berücksichtigt werden.

**Wichtig für Diabetiker:** Bitte senden Sie – falls geführt – das Blutzuckertagebuch (für die letzten drei Monate) in **Kopie** ein.

**Wichtig für Migränepatienten:** Bitte senden Sie – falls geführt – den Migränekalender (für die letzten drei Monate) in **Kopie** ein.

**Bei Hörbehinderung:** Wurde vom Hörgeräteakustiker ein Anpassbericht erstellt?

#### 4. Ich beantrage die Zuerkennung folgender Merkzeichen (Erläuterungen im Merkblatt)

**G erhebliche Gehbehinderung**

(siehe Nr. 6.2)

**H Hilflosigkeit** (siehe Nr. 6.2)

**B Berechtigung zur Mitnahme  
einer Begleitperson** (siehe Nr. 6.2)

**BI Blind** (siehe Nr. 6.4 und 6.7)

**aG außergewöhnliche Gehbehinderung**

(siehe Nr. 6.7)

**GI Gehörlos** (siehe Nr. 6.2 und 6.5)

**RF Rundfunkgebührenermäßigung**  
(siehe Nr. 6.3)

**TBI Taubblind** (siehe Nr. 6.3)

#### 5. Die beantragte Feststellung soll gelten:

ab Antragstellung

rückwirkend ab:

aus folgendem Grund:    Steuer    Rente    Krankenkasse    Sonstiges

#### 6. Leistungen anderer Stellen

*Wenn möglich, bitte vollständige Kopien der Gutachten anfügen → ggf. verkürzte Bearbeitungszeiten.*

Ich erhalte von folgenden Stellen Leistungen oder habe Leistungen beantragt:

**Pflegekasse/Krankenkasse**

beantragt am:

Name und Anschrift:  
(bitte vollständig)

Aktenzeichen, Versicherungs-Nr.

Pflegegrad:

**Unfallversicherungsträger**

(z.B. Berufsgenossenschaft)

beantragt am:

Name und Anschrift:  
(bitte vollständig)

Aktenzeichen, Versicherungs-Nr.

MdE/GdS:

**Rentenversicherungsträger**

beantragt am:

Name und Anschrift:  
(bitte vollständig)

Aktenzeichen, Versicherungs-Nr.

Begutachtung erfolgt?

am:

## **Versorgungsverwaltung**

(z.B. SGB XIV, SVG)

beantragt am:

Name und Anschrift:

(bitte vollständig)

Aktenzeichen, Versicherungs-Nr.

MdE/GdS:

## **Sonstige**

beantragt am:

Name und Anschrift:

(bitte vollständig)

Aktenzeichen, Versicherungs-Nr.

Feststellung:

## **7. Anlagen zum Antrag (zur Beschleunigung Ihres Verfahrens)**

Sie können das Verfahren **wesentlich beschleunigen**, wenn Sie medizinische Unterlagen (z.B. Arzt-, Krankenhaus-, Reha-Berichte, Gutachten, EKG, Laborbefunde, KEINE USB-Sticks, Röntgenbilder und CD-ROM), die Ihnen vorliegen oder die Sie sich besorgen können, **in Kopie** dem Antrag direkt beifügen. Diese sollen nicht älter als zwei Jahre alt sein.

**Übersenden Sie keine Originale, da die Unterlagen eingescannt und anschließend vernichtet werden.**

Beigefügt sind:

## **8. Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz**

Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist das Landessozialamt auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Deshalb ist in den §§ 60 bis 67 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I) die Mitwirkungspflicht der oder des Leistungsberechtigten gesetzlich geregelt.

Wer Sozialleistungen beantragt, hat u.a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem hat er auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z.B. Krankenkasse, behandelnde Ärzte, Arbeitgeber usw.) zuzustimmen. Ist die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, weil Sie nicht mitwirken, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u.a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.

Die Rechtsgrundlagen der Datenerhebung finden sich in den §§ 152 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) i.V.m. 67 ff. Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem beigefügten Hinweisblatt zu den Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff. Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Angaben, die das Landessozialamt von einer Ärztin/einem Arzt im Rahmen einer Begutachtung oder zur Ausstellung einer Bescheinigung erhält, dürfen im erforderlichen Umfang Dritte weitergegeben werden (§ 69 Abs. 1 Nr. 1. - 3. i.V.m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

Sie können dieser Weitergabe jederzeit widersprechen.

Ich widerspreche dieser Übermittlung.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

**Bitte in Druckschrift eintragen**

## **9. Entbindung der Schweigepflicht**

**Ich erkläre mich damit einverstanden**, dass das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie – Landessozialamt – die Auskünfte und medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundscheine, Untersuchungsbefunde, Pflege- und Betreuungsgutachten, Entwicklungsberichte, Zeugnisse) von den genannten Ärztinnen/Ärzten (sowie deren Praxisnachfolgerinnen/Praxisnachfolgern), Krankenanstalten, Behörden, Gesundheitsämtern, Gerichten, Sozialleistungsträgern, sozialen Einrichtungen, Schulen sowie von privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherungsunternehmen - auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind - in dem Umfange bezieht, wie diese für die Feststellung der von mir geltend gemachte/n Gesundheitsstörung/en oder der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

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

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte stattgefunden haben, werde ich dem Landessozialamt unverzüglich mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden.

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

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses (ggf. ein gesondertes Blatt verwenden):

Insoweit entbinde ich die vom Landessozialamt ersuchten Ärztinnen/Ärzte, Krankenanstalten, andere Behandlungsstätten, Behörden und private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen von ihrer Schweigepflicht.

Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere eine Veränderung der Funktionsbeeinträchtigung/en, des rechtmäßigen Aufenthalts, des Arbeitsverhältnisses als Grenzarbeitnehmer und des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag oder danach eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

*Vorstehende Erklärung ist ein höchst persönliches Recht und daher ausschließlich von der Antragstellerin/dem Antragsteller, der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter, der Betreuerin/dem Betreuer, nicht aber von der/dem Bevollmächtigten zu unterschreiben:*



(Datum) Unterschrift als

1. gesetzlicher Vertreter / 2. gesetzlicher Vertreter

bei Minderjährigen bitte **alle** sorgeberechtigten Personen

**Alleiniges Sorgerecht:**

**Hiermit bestätige ich, dass ich allein sorgeberechtigt bin.**

## 10. Antragstellung

**Ich versichere**, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), des Grades der Schädigungsfolgen (GdS) bzw. des Grades der Behinderung (GdB) oder Ausstellung eines Ausweises über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Das Hinweisblatt zu den Informations- und Transparenzpflichten habe ich zur Kenntnis genommen.



(Datum) Unterschrift als

1. gesetzlicher Vertreter / 2. gesetzlicher Vertreter

bei Minderjährigen bitte **alle** sorgeberechtigten Personen

**Alleiniges Sorgerecht:**

**Hiermit bestätige ich, dass ich allein sorgeberechtigt bin.**

Bitte an **allen** Stellen handschriftlich unterschreiben!