

# Antrag nach § 374'des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX /Schwerbehindertenrecht)

Geschäftszeichen	Eingangsstempel
------------------	-----------------

**Bitte sorgfältig und möglichst in Blockschrift ausfüllen und Antrag (Seite 4) bitte unterschreiben !**

Zutreffendes ankreuzen

Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern Abteilung Soziales / Versorgungsamt	
<input type="checkbox"/> Dezernat Neubrandenburg An der Hochstraße 1 17036 Neubrandenburg Tel. 0395 / 380 59719 Fax 0395 / 380 59738	Mecklenburgische Seenplatte, Altkreise Demmin und Uecker-Randow
<input type="checkbox"/> Dezernat Rostock Erich-Schlesinger-Str. 35 18059 Rostock Tel. 0381 / 331 59142 Fax 0381 / 331 59049	Stadt Rostock Landkreis Rostock
<input type="checkbox"/> Dezernat Schwerin Friedrich-Engels-Str. 47 19061 Schwerin Tel. 0385 / 3991 118 Fax 0385 / 3991 105	Stadt Schwerin, Ludwigslust-Parchim, Nordwestmecklenburg
<input type="checkbox"/> Dezernat Stralsund Frankendamm 17 18439 Stralsund Tel. 03831 / 2697 59800 Fax 03831 / 2697 59833	Vorpommern-Rügen Vorpommern-Greifswald ohne Altkreise Demmin und Uecker-Randow

①

- Erstantrag**  
Ich habe bisher keinen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt
- Änderungsantrag**  
Ich habe schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt bei (Behörde und Geschäftszeichen)

②

Antragstellerin / Antragsteller			
Name, Vorname (ggf. Geburtsname)	Geburtsdatum	männl.	weibl.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Straße, Hausnummer		☎ (tagsüber erreichbar)	
Postleitzahl, Wohnort, Ortsteil		Amt, Kreis	
Sind Sie zur Zeit erwerbstätig ?		Stellung im Erwerbsleben/Beruf/Tätigkeit	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			

③

Nur bei nichtdeutscher Staatsangehörigkeit ausfüllen.	"Staatsangehörigkeit"
<p><b>Ausländische Mitbürger und ausländische Familienangehörige von heimatlosen Ausländern (Staatenlose)</b> fügen bitte eine amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltsberechtigung oder eine Abschrift/Ablichtung hiervon bei oder lassen nebenstehende Bestätigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen.</p> <p><b>Unionsbürger, Angehörige des EWR und ihre Familienangehörigen</b> weisen den Wohnsitz durch Vorlage des Personalausweises oder des Reisepasses nach.</p> <p><b>Von Grenzarbeitnehmern</b> ist die Arbeitsbescheinigung des jetzigen Arbeitgebers und ggf. die Aufenthaltsgenehmigung bzw. amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltsgenehmigung oder der Ausweis für den kleinen Grenzverkehr vorzulegen oder nebenstehende Bestätigung durch die zuständige Behörde vornehmen zu lassen.</p>	<p>Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf. Aufenthaltsberechtigung ist beschränkt bis _____</p> <p>_____ (Datum, Stempel, Unterschrift d. Ausländerbehörde)</p>

④

Bevollmächtigte/r / gesetzl. Vertreter/in / Betreuer/in	
Fügen Sie bitte eine Vollmacht bzw. eine Betreuungsurkunde in Kopie bei.	
Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Wohnort, Ortsteil	☎ (tagsüber erreichbar)

⑤

Feststellungsbeginn	
Ich beantrage, die Behinderteneigenschaft festzustellen	
<input type="checkbox"/> ab Antragseingang	
<input type="checkbox"/> rückwirkend ab:	aus welchem Grund
	<input type="checkbox"/> steuerliche Gründe <input type="checkbox"/> Landesblindengeld <input type="checkbox"/> Wohngeld / Rente <input type="checkbox"/>

⑥ Welche Gesundheitsstörung wird **erstmalig** als Behinderung geltend gemacht ?  
 Welche Gesundheitsstörung ist seit der letzten Feststellung hinzugetreten ?

**Führen Sie bitte nur Gesundheitsstörungen auf, die zu dauernden Funktionsbeeinträchtigungen führen und noch nicht festgestellt wurden.**

	Ursachenschlüssel
a) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
b) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
c) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
d) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
e) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte zu jeder Gesundheitsstörung den jeweils zutreffenden Ursachenschlüssel eintragen

1= angeborene Behinderung  
 2= anerkannter Arbeitsunfall (einschl. Wege- und Betriebswegeunfall) / anerkannte Berufskrankheit  
 4= Verkehrsunfall } soweit nicht  
 5= häuslicher Unfall } Arbeitsunfall  
 6= sonstiger Unfall  
 7= Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung  
 9= sonstige Krankheit (einschl. Impfschaden)  
 0= sonstige Ursachen oder mehrere Ursachen

⑦ Folgende bereits festgestellte Behinderung hat sich seit der letzten Feststellung wesentlich verschlimmert:

f) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
g) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
h) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

! Wenn sich Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurabschlussberichte, EKG-, Laborbefunde, keine Röntgenbilder!) in Ihren Händen befinden, fügen Sie sie bitte diesem Antrag bei. !

**Folgende Angaben dienen der medizinischen Sachaufklärung zu den unter Punkt ⑥ und ⑦ geltend gemachten Gesundheitsstörungen:**

⑧ **Hausarzt** Name und Anschrift /letzte Vorstellung war am:

⑨ **Fachärztliche Behandlungen**

Zeitraum / letzte Behandlung	Name und Anschrift / Fachgebiet	wegen Buchstabe s. Punkt ⑥ und ⑦
<input type="text"/>	<input type="text"/>	a) b) c) d) e) f) g) h)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	a) b) c) d) e) f) g) h)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	a) b) c) d) e) f) g) h)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	a) b) c) d) e) f) g) h)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	a) b) c) d) e) f) g) h)

⑩ **Krankenhausbehandlung in den letzten 2 Jahren**

von-bis	Name und Anschrift des Krankenhauses, Station bzw. Abteilung	wegen Buchstabe s. Punkt ⑥ und ⑦
<input type="text"/>	<input type="text"/>	a) b) c) d) e) f) g) h)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	a) b) c) d) e) f) g) h)



11

**Wurde ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt ?(Pflegegeld)**

Ja  Nein

Sofern vorhanden, Kopie des Bescheides bitte mitreichen.

**Bei welcher Krankenkasse ?**

Name der Krankenkasse / Aktenzeichen
Anschrift

12

**Reha-Maßnahmen in den letzten 2 Jahren**

von-bis	Name und Anschrift der Reha-Anstalt	Wegen welcher Behinderung
Name des Kostenträgers	Aktenzeichen / Versicherungs-Nr.	
Anschrift des Kostenträgers		

13

**Bei welchen Stellen befinden sich weitere ärztliche Unterlagen (z. B. Deutsche Rentenversicherung ..., Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Gesundheitsamt, ARGE medizinischer Dienst, ARGE psychologischer Dienst, Bundesagentur für Arbeit, Sonderschule, Amtsgericht) ?**

Behörde/ Dienststelle - genaue Anschrift angeben-	Aktenzeichen / Versicherungs-Nr.	Wegen welcher Behinderung?

14

**Leistungen anderer Stellen**

Ich erhalte von folgender Stelle Leistungen:

- Gesetzl. Unfallversicherungsträger (z. B. nach Arbeits-/ Dienstunfall)  ja  nein  beantragt
- Versorgungsverwaltung (z. B. wegen einer Schädigung als Soldat oder Gewaltopfer)  ja  nein  beantragt

Behörde/ Dienststelle - genaue Anschrift angeben-	Aktenzeichen / Versicherungs-Nr.	Wegen welcher Behinderung?

15

**Merkzeichen**

Ich beantrage die Feststellung folgender Merkzeichen:

- Merkzeichen "G" (wegen erheblicher Gehbehinderung)
- Merkzeichen "B" (wegen der Notwendigkeit ständiger Begleitung)
- Merkzeichen "aG" (wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung)
- Merkzeichen "H" (wegen Hilflosigkeit)
- Merkzeichen "RF" (weil eine leidensbedingte ständige Teilnahme am öffentlichen Leben, auch mit Begleitperson und Hilfsmitteln dauerhaft nicht möglich ist bzw. eine ausgeprägte Hör- oder Sehbehinderung vorliegt)
- Merkzeichen "Bl" (wegen Blindheit) oder  "HS" (wegen Hochgradiger Sehbehinderung)
- Merkzeichen "Gl" (wegen Gehörlosigkeit)  "TBl" (wegen Taubblindheit)

**Schwerbehindertenausweis**

Ich beantrage

- die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises.
- nur die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises nach § 374 Abs. 2 SGB IX, weil die Feststellung vorliegender Behinderungen bereits von einer anderen Stelle (Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) getroffen worden ist (siehe auch Punkt 14).
- Ich benötige keinen Ausweis.

**Hinweis**

Soweit Sie über die auf Seite 2 unter ⑥ a - e und ⑦ f - h aufgeführten Gesundheitsstörungen ärztliche Unterlagen in Ihren Händen haben, fügen Sie diese bitte bei. Originale werden Ihnen nach Auswertung umgehend wieder zurückgesandt. Wenn Sie die kompletten ärztlichen Befunde für alle geltend gemachten Gesundheitsstörungen dem Antrag beifügen können, ist eine schnellere Entscheidung über Ihren Antrag möglich. Entstandene Kosten für selbst beigebrachte Unterlagen werden durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern -Versorgungsamt-, (LAGuS M-V) nicht erstattet.

**Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden, soweit dies für die Bearbeitung meines Antrages erforderlich ist.

**Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich entbinde die in diesem Antrag von mir benannten Ärzte, Psychotherapeuten/Psychologen, Krankenhäuser und Kliniken, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen sowie die weiteren auf den vorhergehenden Seiten benannten Stellen gegenüber dem LAGuS M-V bezüglich der im Antrag angegebenen Gesundheitsstörungen von ihrer Schweigepflicht.

Gleichzeitig willige ich gemäß § 100 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB X in die Übermittlung meiner personenbezogenen und meiner Gesundheitsdaten ein. Das bedeutet, dass die von mir benannten Personen und Stellen dem LAGuS M-V die für diesen Antrag erforderlichen Auskünfte erteilen und Befunde vorlegen dürfen.

**Hinweis zu Verarbeitung Ihrer Daten**

Das LAGuS M-V verarbeitet Ihre personenbezogenen und Ihre Gesundheitsdaten im Rahmen der gesetzlichen Aufgabe ausschließlich zur Feststellung einer Schwer-/Behinderung gemäß § 374 SGB IX, in Verbindung mit § 12 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung (KOVVfG). Dies schließt ein, dass nur die für die Erfüllung der Aufgabe erforderlichen Daten verarbeitet und gespeichert werden.

Ihre personenbezogenen und Gesundheitsdaten werden, soweit dies zur Feststellung einer Schwer-/Behinderung erforderlich ist, nur an die von Ihnen auf den vorhergehenden Seiten benannten Stellen und darüber hinaus nicht an Dritte übermittelt.

--	--

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

**Hinweis zum Widerspruchsrecht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X)**

Die von Ärzten oder anderen in § 203 Abs. 1 und 3 Strafgesetzbuch genannten Personen oder Stellen dem LAGuS M-V zugänglich gemachten Gutachten dürfen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden, wenn Sie nicht widersprochen haben. Sofern Sie nicht widersprechen, kann das LAGuS M-V diese Gutachten auf Anfrage beispielsweise an Renten- oder Unfallversicherungsträger übermitteln, wenn dies im Rahmen einer Begutachtung für eine Sozialleistung oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung erforderlich wäre.

Einen Widerspruch gegen die Übermittlung von Gutachten können Sie jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt während der Geschäftszeiten bei dem für Sie zuständigen Versorgungsamt einlegen.

**Hinweis auf Mitwirkungspflichten**

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I). Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen gesetzlich vorgeschriebenen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Als Anlage füge ich bei:
