An das
Landratsamt Lörrach
Fachbereich Soziales
Palmstr. 3
79539 Lörrach

Änderungen nach
§ 152 Sozialgesetzbuch
- Neuntes Buch - (SGB IX)

Schwerbehindertenrecht

Az.: _____

Änderungsantrag

Ich beantrage:

☐ die Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) wegen Verschlimmerung der bisher berücksichtigten Gesundheitsstörungen / neu aufgetretener Gesundheitsstörungen

☐ die Feststellung weiterer gesundheitlicher Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen **und zwar:**

- ☐ Merkzeichen „G“ (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr / bei der Kfz-Steuer wegen erheblicher Gehbehinderung)
- ☐ Merkzeichen „Gl“ (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr/bei der Kfz-Steuer wegen Gehörlosigkeit)
- ☐ Merkzeichen „B“ (Freifahrt für eine Begleitperson, wenn eine Berechtigung zur Mitnahme besteht)
- ☐ Merkzeichen „aG“ (Parkerleichterung wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung, z.B. Querschnittgelähmte)
- ☐ Merkzeichen „H“ (Nachteilsausgleiche wegen Hilflosigkeit, Notwendigkeit dauernder Hilfe in erheblichem Umfang)
- ☐ Merkzeichen „RF“ (Rundfunkbeitragsermäßigung und Sozialtarif für Telefonanschlüsse)
- ☐ Merkzeichen „Bl“ (Blindheit)
- ☐ Merkzeichen „TBl“ (Taubblindheit)

I. Angaben zur Person

- Bitte in Blockschrift ausfüllen -

Nur angeben, wenn oben nicht eingedruckt!

1. Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

tagsüber tel. zu erreichen unter: _____

2. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (sofern geändert)

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

3. Sind Sie erwerbstätig? **ja** ☐

4. Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID):
(soweit noch nicht mitgeteilt)

5. Aufenthaltsbescheinigung

Ausländische Antragsteller (außer Unionsbürger):
Bitte Pass (Kopie) vorlegen

Bitte fügen Sie eine amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Duldung bei oder lassen Sie die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen, soweit dem Landratsamt ein nicht weiterhin gültiger unbefristeter Aufenthaltstitel vorliegt.

Grenzarbeitnehmer:

Bitte fügen Sie eine Arbeitsbescheinigung Ihres derzeitigen Arbeitgebers und ggf. eine Arbeitserlaubnis bei.

Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf.

☐ Aufenthaltserlaubnis/Niederlassungserlaubnis/Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG/Aufenthaltsgestattung

erteilt am _____ ggf.: gültig bis: _____

oder

☐ nur Duldung erteilt am_____ gültig bis _____

Ausländerbehörde
Im Auftrag

_____

Datum, Stempel, Unterschrift

II. Angaben über die Gesundheitsstörungen / Erklärungen

Welche der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen haben sich **verschlimmert** oder sind seit der letzten Entscheidung **neu aufgetreten**?	**Ursache**: z.B. angeborene Gesundheitsstörungen, **Arbeits-,** Verkehrs-, häuslicher **Unfall**, Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat, Impfschaden, sonstige Ursachen
①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	

2. Soll Ihr Antrag **alle Gesundheitsstörungen**, die sich aus den ärztlichen Unterlagen ergeben - auch wenn sie unter II.1 von Ihnen nicht aufgeführt wurden – umfassen?

Ja ☐ Nein ☐

Wir empfehlen Ihnen, Ihre(n) behandelnde(n) Ärztin/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 medizinischen Behandlungen

1. Hausärztin / Hausarzt	wegen der **unter II.** angegebenen Gesundheitsstörungen **(Nr. 1-6 bitte ankreuzen)**		
Name: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	bitte Spalte **unbedingt ausfüllen** ⇩
2. Fachärztinnen / Fachärzte Name/Fachrichtung: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch Hausärztin/Hausarzt ☐ ja ☐ nein
Name/Fachrichtung: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	☐ ja ☐ nein
Name/Fachrichtung: Straße: PLZ/Ort	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	☐ ja ☐ nein
Name/Fachrichtung: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	☐ ja ☐ nein

3. Krankenhausbehandlungen	wegen der **unter II.** angegebenen Gesundheitsstörungen **(Nr. 1-6 bitte ankreuzen)**		
Name: Abteilung, Station: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch Hausärztin/Hausarzt ☐ ja ☐ nein
Name: Abteilung, Station: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch Hauärztin/Hausarzt ☐ ja ☐ nein
4. Reha-Maßnahmen	wegen der **unter II.** angegebenen Gesundheitsstörungen **(Nr. 1-6 bitte ankreuzen)**		
Name der Reha-Einrichtung / Fachrichtung: Abteilung, Station: Straße: PLZ/Ort: Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch Hausärztin/ Hausarzt ☐ ja ☐ nein
Name der Reha-Einrichtung / Fachrichtung: Abteilung, Station: Straße: PLZ/Ort: Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch Hausärztin/Hausarzt ☐ ja ☐ nein

IV. Angaben zu früheren Feststellungen

Wurde bereits eine Entscheidung getroffen

1. von einem **Versorgungsamt / Landratsamt** oder einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Wehrbereichsgebührnisamt) 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)?

   ☐ Ja ☐ Nein ☐ Entscheidung noch nicht ergangen

2. von einer **Berufsgenossenschaft** 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)

   ☐ Ja ☐ Nein ☐ Entscheidung noch nicht ergangen ggf. Unfalltag: _____ und Arbeitgeber:

Gesundheitsstörungen	Verwaltungsbehörde / Leistungsträger	Geschäftszeichen des Vorgangs

3. Erhalten Sie **Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit** aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Entscheidung noch nicht ergangen Beginn der Leistung: _____ letzte Untersuchung: _____

Anschrift und **Versicherungsnummer** 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)**:
Welche Kindertagesstätte/Schule o.ä. besucht ihr Kind derzeit?
Bezeichnung und Anschrift:

Welche Unterstützungsleistungen erhält es ggfs. (Alltagsbetreuung, Schulbegleitung, besondere Fördermaßnahmen)?

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

V. Allgemeiner Hinweis

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, Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und Erläuterungen zur Steuer-ID

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 beizieht, 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.

Die Angabe der Steuer-ID ist zwingend erforderlich, um den Behindertenpauschbetrag bei der steuerlichen Veranlagung geltend machen zu können. Dies gilt auch für Minderjährige.

_____, den _____
Ort Datum

_____
Unterschrift Berechtigte(r)
Bzw. des Vertreters / der Vertreterin
(Vollmacht / Bestellungsurkunde / Betreuerausweis
- bitte Kopie vorlegen)

Dem Antrag füge ich bei:
☐ 1 farbiges Passbild aus neuester Zeit
☐ Kopien ärztlicher Befunde
☐