

**An das  
Landratsamt**

Lörrach  
Palmstr. 3  
79539 Lörrach

Eingangsstempel

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

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

**Schwerbehindertenrecht**

**I. Angaben zur Person**

- Bitte in Blockschrift ausfüllen -

|   |                                                                                                                                                                   |            |                                                                                                           |                  |                                                                  |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------|
| 1 | <b>Name</b> / surname / nom / nome / nombre / aile ismi<br><br>_____<br><b>Vorname</b> / name / prénom / nombre de battesimo / nombre de pila / isim<br><br>_____ |            |                                                                                                           |                  |                                                                  |
| 2 | Geburtsdatum                                                                                                                                                      | Geschlecht | männlich <input type="checkbox"/><br>weiblich <input type="checkbox"/><br>divers <input type="checkbox"/> | ggf. Geburtsname | erwerbstätig: ja <input type="checkbox"/><br><br>Tel. Nr.: _____ |
| 3 | Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt:<br>Straße, Hausnummer: _____<br>Postleitzahl, Ort: _____                                                                   |            |                                                                                                           |                  |                                                                  |
| 4 | Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID): _____                                                                                                                   |            |                                                                                                           |                  |                                                                  |

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

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 5 | 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.<br><br>_____ Tel.-Nr. _____                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| 6 | <b>Staatsangehörigkeit:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | <b>Von der Ausländerbehörde auszufüllen</b><br><br>Der/die Antragsteller/in hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf:<br><br>Ihm/ Ihr wurde am _____ eine<br><input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis<br>gültig bis _____<br><br><input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis<br><input type="checkbox"/> Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG<br><input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung<br>gültig bis _____<br><br><input type="checkbox"/> erteilt.<br><br>Sein/ihr Aufenthalt wurde letztmalig am _____<br>gültig bis _____<br>geduldet.<br><br>Die <u>korrekte</u> Schreibweise des Namens wird ausdrücklich bestätigt.<br><br>Im Auftrag<br>_____<br>(Datum, Stempel, Unterschrift) |  |  |
| 7 | <b>ausländische Antragsteller:<br/>bitte Pass (Kopie) vorlegen</b><br><br>Bitte eine amtliche Bescheinigung über die <b>Aufenthalts-<br/>erlaubnis/Niederlassungserlaubnis/Erlaubnis zum<br/>Daueraufenthalt-EG/ Aufenthaltsgestattung/ Dul-<br/>dung</b> oder beglaubigte <b>Kopie</b> beifügen oder die neben-<br>stehende Bescheinigung durch die zuständige Auslän-<br>derbehörde ausfüllen lassen.<br><br>Für <b>Unionsbürger</b> reicht die Vorlage des Passes oder<br>Personalausweises (Kopie) aus. |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| 8 | <b>Grenzarbeitnehmer:</b><br><br>Bitte fügen Sie eine Bescheinigung Ihres derzeitigen Ar-<br>beitgebers mit Angabe der wöchentlichen Arbeitszeit<br>und ggf. eine Arbeitserlaubnis bei.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |

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

| 3. Krankenhausbehandlungen                                                                                                                                                     |                                              | wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen) |                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name:<br><br>Abteilung, Station:<br>Straße:<br>PLZ/Ort:                                                                                                                        | <div>① ②</div> <div>③ ④</div> <div>⑤ ⑥</div> | Datum der letzten Behandlung:                                                         | Überweisung durch Hausärztin/Hausarzt<br><br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
| Name:<br><br>Abteilung, Station:<br>Straße:<br>PLZ/Ort:                                                                                                                        | <div>① ②</div> <div>③ ④</div> <div>⑤ ⑥</div> | Datum der letzten Behandlung:                                                         | Überweisung durch Hausärztin/Hausarzt<br><br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
| 4. Reha-Maßnahmen                                                                                                                                                              |                                              | wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen) |                                                                                                           |
| Name der Reha-Einrichtung / Fachrichtung:<br><br>Abteilung, Station:<br>Straße:<br>PLZ/Ort:<br>Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung): | <div>① ②</div> <div>③ ④</div> <div>⑤ ⑥</div> | Datum der letzten Behandlung:                                                         | Überweisung durch Hausärztin/Hausarzt<br><br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
| Name der Reha-Einrichtung / Fachrichtung:<br><br>Abteilung, Station:<br>Straße:<br>PLZ/Ort:<br>Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung): | <div>① ②</div> <div>③ ④</div> <div>⑤ ⑥</div> | Datum der letzten Behandlung:                                                         | Überweisung durch Hausärztin/Hausarzt<br><br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |

#### IV. Angaben zu früheren Feststellungen

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Wurde bereits eine Entscheidung getroffen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                      |                               |
| 1. von einem <b>Versorgungsamt / Landratsamt</b> oder einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Wehrbereichsgebührenamt) 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)?<br><br><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)<br><br>oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (Bitte Feststellungsbescheide oder Unterlagen beifügen)<br><br><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?<br><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen    Beginn der Leistung: _____ letzte Untersuchung: _____<br><br><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**):

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

Sofern beigelegte 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 beigelegten 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

**Dem Antrag füge ich bei:**

- ☐ 1 farbiges Passbild aus neuester Zeit  
☐ Kopien ärztlicher Befunde  
☐

**Unterschrift Berechtigte(r)**

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