



Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, Versorgungsamt Hamburg, Adolph-Schönfelder-Str. 5, 22083 Hamburg
 Telefon: 0 40/4 28 63-0 Fax: 0 40/42 79 - 61086
 E-Mail: FS55@basfi.hamburg.de
 Internet: <http://www.hamburg.de/versorgungsamt>

Wird vom Versorgungsamt ausgefüllt

| | |
|----------------------|-----------------|
| Aktenzeichen | Eingangsstempel |
| Daten erfasst: | |
| Datum, Namenszeichen | |

Öffnungszeiten

Montag und Donnerstag 8 - 16 Uhr

Service-Point - zentrale Auskunft 4. OG

Dienstag und Mittwoch 8 - 16 Uhr, Freitag 8 - 13 Uhr

Erstfeststellungsantrag nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX)

Alle Angaben bitte in Blockschrift

Frühere Anträge nach dem Schwerbehindertenrecht SGB IX

Ich habe bereits eine Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht:

| | | |
|----------------|----------------------------|------------------|
| Versorgungsamt | Grad der Behinderung (GdB) | Geschäftszeichen |
|----------------|----------------------------|------------------|

Antragstellerin / Antragsteller

| | | | |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|
| Familiennamenname | | Geburtsdatum | |
| Vorname (Rufnamen bitte unterstreichen) | | männlich | weiblich |
| Geburtsname | | Staatsangehörigkeit | |
| Namenszusatz | Hinweis: Als ausländischer Mitbürger bitte Kopien über den Aufenthaltstitel sowie Angaben zur Person und Passgültigkeit beifügen. | | |
| Titel/akademischer Grad | | | |
| Straße und Hausnummer | | Postleitzahl und Wohnort | |
| Telefon | | E-Mail | |

Gesetzlicher Vertreter / Betreuer / Bevollmächtigter

| gesetzlicher Vertreter | Betreuer (Betreuerausweis und Betreuungsgutachten bitte in Kopie beifügen) | Bevollmächtigter |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Familiennamenname | Vorname | |
| Namenszusatz | Verband / Firma / Aktenzeichen | |
| Titel/akademischer Grad | | |
| Straße und Hausnummer | | Postleitzahl und Wohnort |
| Telefon | | E-Mail |

Sind Sie erwerbstätig? ja nein

Wirksamkeit der beantragten Feststellung

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ich beantrage die Feststellung ab Antragsingang rückwirkend ab wegen Steuervergünstigungen Bitte fügen Sie als Nachweis die Steuerbescheide oder Jahresgehaltsabrechnungen bei. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Feststellungen anderer Stellen

(z.B. der Berufsgenossenschaft / Landesunfallkasse, des Versorgungsamtes – Schädigung als Soldat, Gewaltopfer, o. Ä. - bitte fügen Sie Kopien des entsprechenden Bescheides bei)

| | Stelle und Geschäftszeichen | Anschrift |
|-------------------|-----------------------------|-----------|
| Arbeitsunfall | | |
| Berufskrankheit | | |
| Schädigungsfolgen | | |

Gesundheitsstörungen und Behandlungen während der letzten zwei Jahre

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------|
| 1. Gesundheitsstörung (bitte benennen) | | |
| behandelnder Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift) | | |
| letzte Behandlung am: | | |
| Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär | von - bis | Station |
| Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär | von - bis | Kostenträger/Versicherungs-Nr. |
| 2. Gesundheitsstörung (bitte benennen) | | |
| behandelnder Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift) | | |
| letzte Behandlung am: | | |
| Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär | von - bis | Station |
| Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär | von - bis | Kostenträger/Versicherungs-Nr. |
| 3. Gesundheitsstörung (bitte benennen) | | |
| behandelnder Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift) | | |
| letzte Behandlung am: | | |
| Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär | von - bis | Station |
| Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär | von - bis | Kostenträger/Versicherungs-Nr. |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------|
| 4. Gesundheitsstörung (bitte benennen) | | |
| behandelnder Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift) | | |
| letzte Behandlung am: | | |
| Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär | von - bis | Station |
| Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär | von - bis | Kostenträger/Versicherungs-Nr. |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------|
| 5. Gesundheitsstörung (bitte benennen) | | |
| behandelnder Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift) | | |
| letzte Behandlung am: | | |
| Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär | von - bis | Station |
| Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär | von - bis | Kostenträger/Versicherungs-Nr. |

Hausarzt (Name, Anschrift):

Gutachten aus den letzten zwei Jahren

(z. B. Sozialversicherung, PÄD, Gesundheits- oder Grundsicherungsamt, Eingliederungshilfe, Agentur für Arbeit, Schule, Ausbildung)

| Stelle und Geschäftszeichen | Anschrift | Datum der Untersuchung |
|-----------------------------|-----------|------------------------|
| | | |
| | | |

Pflegeversicherung

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Wurde von der Pflegeversicherung (Krankenkasse) eine Pflegestufe festgestellt oder läuft ein Antrag? | nein |
| ja Pflegestufe: Entscheidung vom: Antrag vom: | |
| Pflegekasse / -versicherung mit Anschrift | Versicherungsnummer |
| | |

Rentenversicherung / Krankenkasse

| |
|-----------------------------------------------------------|
| Rentenversicherung (Name, Anschrift, Versicherungsnummer) |
| Krankenkasse (Name, Anschrift, Versicherungsnummer) |

Ich beantrage die Feststellung der angekreuzten Merkzeichen:

- G** (erhebliche Gehbehinderung)
- B** (Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson)
- aG** (außergewöhnliche Gehbehinderung)
- Bl** (Blind)
- GL** (Gehörlos)
- H** (Hilflosigkeit)
- RF** (gesundheitliche Voraussetzung für Rundfunkgebührenbefreiung)

Nur für Kriegsbeschädigte und Entschädigungsberechtigte

- 1.KI.** (Benutzung der 1. Wagenklasse)

Das Versorgungsamt möchte Sie darüber informieren, dass Ihre von uns erhobenen persönlichen Daten elektronisch gespeichert werden. Aufgrund Ihrer Angaben werden wir medizinische Befundberichte einholen und durch den Ärztlichen Dienst der Behörde auswerten lassen. Eine Untersuchung ist nur in Ausnahmefällen erforderlich. Sie können die Dauer des Verfahrens verkürzen, wenn Sie bereits in Ihrem Besitz befindliche ärztliche Unterlagen wie Entlassungsberichte und Röntgenbefunde (bitte keine Röntgenbilder) beifügen.

Einwilligungserklärung
(§ 12 Abs. 2 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung,
§§ 67 ff. des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt Hamburg

- die medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundberichte, Untersuchungsbe- funde, Röntgenbilder) von Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Gerichten, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen oder privaten Pflegeversicherungsunternehmen in dem Umfang bezieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegende Gesundheitsstörung geben können, und
- die für die Feststellung erforderlichen sonstigen Unterlagen und Auskünfte (z.B. von Meldebehörden, von der Agentur für Arbeit) einholt.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die Prüfung des Versorgungsamtes Hamburg darauf ausgerichtet ist, zu meinen Gunsten **alle** in Betracht kommenden Gesundheitsstörungen und weiteren gesundheitlichen Merkmale festzustellen. Zu diesem Zweck holt es alle notwendigen medizinischen und sonstigen Unterlagen sowie Auskünfte bei Ärzten, ggf. deren Praxis- nachfolgern und anderen Stellen ein, die im Antrag aufgeführt sind, während des Feststellungsverfahrens dem Versor- gungsamt Hamburg bekannt werden oder sonst bekannt sind. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrich- tungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Sofern ich damit nicht einverstanden bin, habe ich Be- schränkungen dieser Einwilligung unten vermerkt.

Diese Erklärung erstreckt sich auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersu- chungen und Behandlungen.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließen- des Widerspruchsverfahren. Ich stimme der Verwertung der Unterlagen und Auskünfte im Feststellungsverfahren zu und ent- binde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Raum für etwaige Einschränkungen der Einwilligung:

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung des Grades der Behinderung und / oder Ausstellung eines Ausweises über die Eigenschaft als schwerbehin- dertter Mensch gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Hamburg, den

.....
Unterschrift des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters

Anlagen:

- Kopie des Aufenthaltstitels
- Betreuernachweis
- Bescheid(e) anderer Stellen
- medizinische Unterlagen
- Sonstiges: