



Achtung wichtige Hinweise !!!

Bitte übersenden Sie den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Originalantrag an das zuständige Hessische Amt für Versorgung und Soziales und nicht an das Regierungspräsidium Gießen, Landesversorgungsamt Hessen.

Bitte beachten Sie diesen Hinweis, um unnötige zeitliche Verzögerungen in der Bearbeitung Ihres Antrages zu vermeiden.

Die Bearbeitung der Anträge nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) – Schwerbehindertenrecht – erfolgt in dem für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort örtlich zuständigen Hessischen Amt für Versorgung und Soziales (HAVS).

Nur der vorliegende Originalantrag mit Unterschrift stellt einen rechtsgültigen Antrag dar.

Die Übersendung des Antrages per Email ersetzt leider nicht die Übersendung des Originalantrages.

Das für Sie jeweils zuständige Hessische Amt für Versorgung und Soziales ersehen Sie unter „Örtliche Zuständigkeiten“ in dem Download-Bereich.

Die Adressen der örtlich zuständigen Versorgungsämter ersehen Sie auf den Internetseiten des Regierungspräsidiums Gießen unter „Arbeit und Soziales“ > „Versorgungsverwaltung“ > „Landesamt / Versorgungsämter“



Hessisches Amt für
Versorgung und Soziales
- Versorgungsamt -

Eingangsstempel

Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht - Neuntes Buch Sozialgesetzbuch- (SGB IX) -

Erwerbstätig
 ja
 nein

- auf Feststellung einer Behinderung und des Grades der Behinderung (GdB) nach § 69 SGB IX
 und auf Ausstellung eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX

Haben Sie bereits früher einen Antrag nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX);
vormals: Schwerbehindertengesetz (SchwbG); gestellt?

- nein ja, beim Versorgungsamt:

Geschäftszeichen:

Hinweise:
Die Angaben zu den Punkten 1, 3 bis 6 in diesem Antrag werden für die Entscheidung über die Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung und der Voraussetzungen von Nachteilsausgleichen gem. § 69 SGB IX benötigt.
Nach § 21 Abs. 2 Satz 1 des X. Buches Sozialgesetzbuch sollen Sie bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken. Sofern Sie Ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen, kann dies zur Ablehnung Ihres Antrags führen (§§ 60 ff. I. Buch Sozialgesetzbuch).
Die Angaben zu den Punkten 2 und 7 dienen der Vereinfachung und Beschleunigung der Beweiserhebung. Bitte beachten Sie das beiliegende Merkblatt! x Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Felder an.
Füllen Sie bitte den Antrag sorgfältig und gut leserlich aus und unterschreiben Sie auf der letzten Seite.

1. Angaben zur Person		
Name		Vorname
geboren am		Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Straße, Hausnummer		tagsüber erreichbar Telefon:
PLZ	Wohnort	Telefax:

Staatsangehörigkeit:
Wenn Sie Ausländer/in oder Staatenlose/r sind, fügen Sie bitte eine Kopie des Aufenthaltstitels bei und legen Sie Ihren Pass vor.

- Gesetzliche/r Vertreter/in
 Vormund oder Betreuer/in (bitte Kopie der Bestallungsurkunde bzw. des Betreuerausweises beifügen)
 Bevollmächtigte/r (bitte Vollmacht beifügen)

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		PLZ	Wohnort

2. Bei welcher Krankenkasse sind Sie derzeit versichert?
Name der Krankenkasse:

3. Angaben zu den Behinderungen
Führen Sie bitte nachstehend alle körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen auf, die als Behinderungen festgestellt werden sollen. Führen Sie bitte nur die Gesundheitsstörungen auf, die zu einer <u>dauerhaften Beeinträchtigung Ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft</u> führen. Akute Erkrankungen wie z.B. Erkältungs- oder Magen-Darminfekte, Kopfschmerzen stellen noch keine Behinderungen dar und sind deshalb nicht anzugeben.
1.
2.
3.
4.
5.
6.

4. Haben Sie bereits einen Antrag gestellt oder eine Feststellung über den Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) erhalten?						
<table border="0"> <tr> <td>1. von einer Berufsgenossenschaft wegen eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td>2. von einem Versorgungsamt (z.B. wegen einer Schädigung als Soldat/in oder Gewaltopfer)</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td>3. oder von einer anderen Dienststelle (z. B. als Beamter/in wegen eines Dienstunfalls)</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </table>	1. von einer Berufsgenossenschaft wegen eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	2. von einem Versorgungsamt (z.B. wegen einer Schädigung als Soldat/in oder Gewaltopfer)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	3. oder von einer anderen Dienststelle (z. B. als Beamter/in wegen eines Dienstunfalls)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1. von einer Berufsgenossenschaft wegen eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
2. von einem Versorgungsamt (z.B. wegen einer Schädigung als Soldat/in oder Gewaltopfer)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
3. oder von einer anderen Dienststelle (z. B. als Beamter/in wegen eines Dienstunfalls)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
<p>Wenn Sie eine dieser Fragen mit ja beantwortet haben, legen Sie bitte den entsprechenden Bescheid bei oder teilen Sie mit, von welcher</p> <p>Dienststelle/Berufsgenossenschaft:</p> <p>und unter welchem Geschäftszeichen:</p> <p>diese Entscheidung getroffen wurde, bzw. der Antrag bearbeitet wird.</p> <p>Welche der unter Ziffer 3 aufgeführten Gesundheitsstörungen ist betroffen? Nr.:</p> <p>Wenn Sie allein aufgrund dieser Entscheidung die Ausstellung eines Ausweises beantragen, brauchen Sie die folgenden Abschnitte des Formulars nicht auszufüllen.</p> <p>Wenn Sie weitere Behinderungen geltend machen, müssen Sie auch die weiteren Abschnitte ausfüllen.</p>						

5. Beziehen Sie eine der folgenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?						
<table border="0"> <tr> <td>1. Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td>2. Pflegegeld nach dem SGB XII</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td>3. Leistungen der Pflegekasse wegen Schwerpflegebedürftigkeit</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </table>	1. Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	2. Pflegegeld nach dem SGB XII	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	3. Leistungen der Pflegekasse wegen Schwerpflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1. Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
2. Pflegegeld nach dem SGB XII	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
3. Leistungen der Pflegekasse wegen Schwerpflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Geben Sie bitte die Dienststelle und das Geschäftszeichen an:	Geschäftszeichen:					

Bitte übersenden Sie alle ärztlichen Unterlagen der letzten 2 Jahre, die sich in Ihren Händen befinden und die die als Behinderungen geltend gemachten Gesundheitsstörungen betreffen. Sie tragen damit zu einer Verkürzung der Bearbeitungszeit bei.

6. Angaben zu ärztlichen Behandlungen während der letzten 2 Jahre			
	Name/Bezeichnung und Adresse	Wegen welcher der in Ziffer 3 genannten Gesundheitsstörungen wurden Sie behandelt?	Zusatzangaben
Hausärztin/ Hausarzt	Straße: Ort:	Nr.	Von welchen Fachärzten/innen, Krankenhäusern und Kurkliniken hat der/die Hausarzt/ärztin Unterlagen?
Fachärztin/ Facharzt	Straße: Ort:	Nr.	Fachgebiet: zuletzt behandelt Monat/Jahr
	Straße: Ort:	Nr.	Fachgebiet: zuletzt behandelt Monat/Jahr
	Straße: Ort:	Nr.	Fachgebiet: zuletzt behandelt Monat/Jahr
Krankenhäuser, Kliniken, Reha-Kliniken	Straße: Ort:	Nr.	Station/Abteilung Zeitraum: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
	Straße: Ort:	Nr.	Station/Abteilung Zeitraum: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
Kurklinik	Straße: Ort:	Nr.	Kostenträger: Zeitraum: Gz.:

7. Bei welchen anderen Stellen befinden sich noch ärztliche Unterlagen, Gutachten, Untersuchungsbefunde, die Auskunft über die unter Ziffer 3 geltend gemachten Behinderungen geben können (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Agentur für Arbeit usw.)		
Dienststelle und Geschäftszeichen	Anschrift	Jahr der Untersuchung
Geschäftszeichen:		
Geschäftszeichen:		
Geschäftszeichen:		

Einwilligungserklärung gem. §§ 67, 100 X. Buch Sozialgesetzbuch

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Hessische Amt für Versorgung und Soziales die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag genannten Ärzten/innen, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen geführten medizinischen, psychiatrischen, psychoanalytischen und psychotherapeutischen Unterlagen, insbesondere Entlassungs- und Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden Behinderungen geben können. Unterlagen, die diese Ärzte/innen und Einrichtungen von anderen Ärzten/innen und Einrichtungen erhalten haben, sind eingeschlossen. Die Einverständniserklärung bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich entbinde die beteiligten Ärzte und Ärztinnen insoweit von der Schweigepflicht.

Falls ich diese Einwilligungserklärung einschränken will, werde ich eine gesonderte Erklärung abgeben.

Übermittlung von Sozialdaten an andere Leistungsträger

Die im Rahmen der Feststellungsverfahren nach dem SGB IX von Ärzten/innen zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen über Sie können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger weitergegeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Damit soll das Verwaltungsverfahren bei den unterschiedlichen Sozialleistungsträgern vereinfacht werden. Sofern Sie mit einer solchen Übermittlung nicht einverstanden sind, können Sie der Übermittlung vorab widersprechen.

Ich widerspreche der Übermittlung entsprechender Daten an andere Sozialleistungsträger.

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung einer Behinderung nach dem SGB IX; vormals: Schwerbehindertengesetz (SchwbG); gestellt habe. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere eine wesentliche Änderung der als Behinderungen geltend gemachten Gesundheitsstörungen und einen Wohnsitzwechsel werde ich unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in
------------	---

Anlagen:

WICHTIGE INFORMATIONEN UND HINWEISE

zum Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht - Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) -

Um über Ihren Antrag nach dem SGB IX entscheiden zu können, bedarf es der Beiziehung ärztlicher Unterlagen. Diese Ermittlungen sind zeitaufwändig und verursachen Kosten. Wenn Sie Ihrem Antrag bereits in Ihrem Besitz befindliche ärztliche Unterlagen beifügen, die nicht älter als 2 Jahre sind und über die geltend gemachten Behinderungen Auskunft geben, leisten Sie einen erheblichen Beitrag zur Beschleunigung und kostengünstigen Abwicklung des Verfahrens. Die übrigen Ermittlungen, insbes. die Beiziehung ärztlicher Befundberichte, werden vom Amt für Versorgung und Soziales durchgeführt, das auch die notwendigen Kosten im Rahmen des Justizvergütungs- und –entschädigungsgesetzes –JVEG– trägt. Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass in diesem Zusammenhang zusätzliche Honorarforderungen von Ärztinnen und Ärzten an Sie nicht zulässig sind, mit Ausnahme der Fälle, in denen Sie selbst Kopien von ärztlichen Befunden anfordern und die dadurch entstehenden Kosten von Ihnen zu tragen sind.

Die Bearbeitung von Anträgen nach dem SGB IX erfordert derzeit durchschnittlich 3-4 Monate. Liegen besondere Umstände (z.B. Kündigung) vor, teilen Sie dies bitte mit. Ihr Antrag kann dann bevorzugt bearbeitet werden.

Sie leisten einen Beitrag zur effektiven Arbeit der Verwaltung, wenn Sie von Rückfragen und Erinnerungen absehen. Wir werden uns selbstverständlich bemühen, über Ihren Antrag so zeitnah wie möglich zu entscheiden und bitten Sie um Ihre Unterstützung und Ihr Verständnis.

Aus Kostengründen wird keine Eingangsbestätigung versandt.

Das SGB IX ermöglicht schwerbehinderten Menschen u.a. Kündigungsschutz, Anspruch auf Zusatzurlaub, auf besondere Arbeitsberatung und -vermittlung sowie eine begleitende Hilfe im Arbeitsleben, Steuererleichterungen und Rechte zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen.

Zur Geltendmachung dieser Rechte bedarf es

- a) einer Feststellung über den Grad der Behinderung (GdB) in Form eines Bescheides **und**
- b) eines Nachweises über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch durch den Grad der Behinderung und besonderer gesundheitlicher Merkmale in Form eines Ausweises.

Erläuterungen zum Antragsvordruck

zu Nr. 2

Die Angabe Ihrer Krankenkasse benötigen wir, weil die überwiegende Mehrzahl der Arztpraxen ihre Patientenkarteien nach diesem Merkmal geordnet hat.

zu Nr. 3

Nach dem SGB IX können nur die Auswirkungen einer Gesundheitsstörung als Behinderungen festgestellt werden, die nicht nur vorübergehende (d.h. mehr als 6 Monate anhaltende) körperliche, geistige oder seelische Funktionsbeeinträchtigungen verursachen. Gesundheitsstörungen, die ihrer Natur nach vorübergehend sind, stellen keine Behinderungen dar. Überprüfen Sie deshalb, ob die Gesundheitsstörungen, die Sie unter Nr. 3 eintragen, auch Behinderungscharakter haben.

zu Nr. 4

Den Grad der Behinderung stellt das Amt für Versorgung und Soziales nur dann fest, wenn nicht bereits eine solche Feststellung in einem Rentenbescheid oder einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung getroffen ist. Dafür kommen z.B. die Bescheide der Hessischen Ämter für Versorgung und Soziales, der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. Berufsgenossenschaften) oder der Pensions- und Entschädigungsbehörden über Versorgungs- oder Rentenleistungen in Betracht, wenn der Leistungsgewährung die Feststellung eines bestimmten MdE-Grades zugrunde liegt (Bescheide eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung über Erwerbsminderung sowie zivilrechtliche Urteile sind nicht ausreichend).

Wenn Sie einen solchen Bescheid besitzen, erteilt das Amt für Versorgung und Soziales keinen Feststellungsbescheid. Es genügt dann, wenn Sie das Formular bis einschließlich Nr. 4 ausfüllen. Wenn Sie ein Interesse an einer darüber hinausgehenden Feststellung geltend machen, weil beispielsweise eine weitere Behinderung vorliegt, müssen Sie auch den übrigen Teil des Vordruckes ausfüllen.

- bitte wenden -

zu Nr. 7

Sie können die Bearbeitungszeit verkürzen, wenn Sie angeben, welche/r der Sie behandelnden Ärzte/Ärztinnen über alle geltend gemachten Behinderungen Auskunft geben kann und ob bei anderen Dienststellen (med. Dienst der Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft, Gesundheitsamt, Sozialamt, Landeswohlfahrtsverband, Agentur für Arbeit) bereits Untersuchungen vorgenommen und/oder Gutachten erstellt wurden (siehe auch Nr. 5 des Antrags).

Bitte geben Sie nur die Ärztinnen/Ärzte an, die über die unter Nr. 3 eingetragenen Gesundheitsstörungen Auskunft geben können.

Wenn Sie eine Seh- und/oder Hörbehinderung, die nicht durch ein Hilfsmittel ausgleichbar ist, geltend gemacht haben, geben Sie bitte unbedingt den/die behandelnde/n Facharzt/ärztin an.

Feststellung weiterer gesundheitlicher Merkmale als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen

Je nach Art und Umfang der bei Ihnen bestehenden Behinderungen kommt auch ohne zusätzlichen Antrag die Feststellung von Merkzeichen in Betracht, die Ihnen die Inanspruchnahme von so genannten Nachteilsausgleichen ermöglichen. Wenn Sie der Meinung sind, dass durch Ihre Behinderungen die Voraussetzungen für die Feststellung des Merkzeichens "RF" (Befreiung von der Rundfunk- und Fernsehgebührenpflicht) vorliegen, wird Ihnen empfohlen, gleichzeitig mit dem hier gestellten Antrag auch einen Antrag auf Gebührenbefreiung bei der Gebühreneinzugszentrale –GEZ– in Köln zu stellen, da die Gebührenbefreiung frühestens ab dem Monat nach Antragstellung gewährt wird. Das hierfür erforderliche Antragsformular ist auch im Hessischen Amt für Versorgung und Soziales erhältlich.

Die Voraussetzungen zur Feststellung des Merkmales "RF" sind erfüllt, wenn Sie

- blind oder so sehbehindert sind, dass allein die Sehbehinderung mit einem GdB von 60 zu bewerten ist,
- gehörlos oder hörgeschädigt sind und Ihnen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist und allein deshalb ein GdB von wenigstens 50 festzustellen ist,
- wenn Sie wegen der bei Ihnen festgestellten Behinderungen an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können und Ihre Behinderungen einen GdB von 80 bedingen. Hierzu gehören behinderte Menschen, bei denen schwere Bewegungsstörungen - auch durch innere Leiden (schwere Herzleistungsschwäche, schwere Lungenfunktionsstörung) - bestehen, die unter häufigen hirnorganischen Anfällen leiden oder die durch ihre Behinderung auf ihre Umgebung abstoßend oder störend wirken (z.B. durch Entstellung, Geruchsbelästigung, laute Atemgeräusche).

Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch

Zur Verwirklichung der Rechte nach dem SGB IX erhalten Sie auf Ihren Antrag einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch (ab GdB 50), den Grad der Behinderung und ggf. über weitere gesundheitliche Merkmale. Das Amt für Versorgung und Soziales stellt den Ausweis mit Gültigkeit ab dem Tag des Eingangs Ihres Antrags aus, wenn die Voraussetzungen hierfür vorliegen.

Mit diesem Ausweis können die Rechte nach dem SGB IX, anderen Sozialgesetzen und dem Kündigungsschutzgesetz u.a. gegenüber dem Arbeitgeber, dem Finanzamt, der Agentur für Arbeit und des Integrationsamtes beim LWV Hessen wahrgenommen werden.

Der Kündigungsschutz nach dem SGB IX, der die Kündigung seitens des Arbeitgebers von der vorherigen Zustimmung des Integrationsamtes abhängig macht, setzt in der Regel erst mit der Feststellung nach dem SGB IX durch das Amt für Versorgung und Soziales ein. Für weitere Rückfragen zum (vorsorglichen) Kündigungsschutz stehen Ihnen die Integrationsämter gerne zur Verfügung (Adresse siehe unten).

Landeswohlfahrtsverband Hessen
- Integrationsamt -
Regionalverwaltung
Ständeplatz 6-10
34117 Kassel
Tel.: 0561/1004-0
Fax: 0561/1004-2595

Landeswohlfahrtsverband Hessen
- Integrationsamt -
Regionalverwaltung
Steubenplatz 16
64293 Darmstadt
Tel.: 06151/801-300
Fax: 06151/801-234

Landeswohlfahrtsverband Hessen
- Integrationsamt -
Regionalverwaltung
Frankfurter Str. 44
65189 Wiesbaden
Tel.: 0611/156-0
Fax: 0611/156-209

Das Amt für Versorgung und Soziales ist Ihnen gerne bei der Antragstellung behilflich.

Ihr Hessisches Amt für Versorgung und Soziales