Schleswig-Holstein
Der echte Norden

SH Schleswig-Holstein
Landesamt für Arbeitsschutz, Soziales und Gesundheit

Ihr Wohnort	Zuständige Stelle
☐ Kreis Plön, Städte Kiel, Neumünster	LASG Steinmetzstraße 1 - 11 24534 Neumünster Telefon 04321 913-5
☐ Kreise Dithmarschen, Nordfriesland, Pinneberg, Steinburg	LASG Dienstsitz Heide Neue Anlage 9, 25746 Heide Telefon 0481 696-0
☐ Kreise Hzgt. Lauenburg, Ostholstein, Segeberg, Storman, Stadt Lübeck	LASG Dienstsitz Lübeck Große Burgstr. 4, 23552 Lübeck Telefon 0451 1406-0
☐ Kreise Rendsburg-Eckernförde, Schleswig-Flensburg, Stadt Flensburg	LASG Dienstsitz Schleswig Seminarweg 6, 24837 Schleswig Telefon 04621 806-0

Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht

Zutreffendes bitte ankreuzen oder in **Druckschrift** ausfüllen. Freiwillige Angaben sind mit einem Stern gekennzeichnet.
Bitte beachten Sie auch die Ausfüllhinweise.

1. Antragsart

☐ **Erstantrag** - Ich habe bisher keinen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt

☐ **Änderungsantrag** - Ich habe bisher schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt

Behörde: Geschäftszeichen:

auf Zuerkennung der nachfolgend angekreuzten und aller Merkzeichen, die mir nach dem Ergebnis der Ermittlungen zustehen:

☐ **G** (erheblich gehbehindert) ☐ **B** (Begleitperson) ☐ **aG** (außergewöhnlich gehbehindert)

☐ **Bl** (blind) ☐ **Gl** (gehörlos) ☐ **RF** (trotz Hörhilfe erheblich hörbehindert, erheblich sehbehindert, Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen nicht möglich)

☐ **H** (hilflos) ☐ **Tbl** (taubblind)

☐ auf Ausstellung eines Ausweises (für eine Verlängerung der Gültigkeit ist dieser Antrag nicht erforderlich)

2. Antragstellende Person

Nachname, Vorname (ggf. Geburtsname)	Geburtsdatum	Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		
Erwerbstätig? ☐ ja ☐ nein	Telefon (tagsüber erreichbar) *	
Staatsangehörigkeit	**Ausländische/r Mitbürger/in:** Bitte fügen Sie eine amtliche Bescheinigung der Ausländerbehörde über Ihren aufenthaltsrechtlichen Status bei. (Ausgenommen sind Angehörige der EU, Liechtenstein, Island und Norwegen.)	

3. Steuerlicher Pauschbetrag

Wenn Sie künftig einen Behinderten-Pauschbetrag bei der Einkommenssteuer geltend machen wollen, benötigen wir Ihre Steuer-Identifikations-Nummer sowie Ihre Einwilligung zur Übermittlung der steuerrechtlich relevanten Daten an das Finanzamt (z. B. Grad der Behinderung). Die Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos widerrufen.

Ich willige ein, dass die zur Inanspruchnahme des Behindertenpauschbetrages erforderlichen Daten an die Finanzverwaltung übermittelt werden und beantrage dies hiermit:

☐ ja ☐ nein

Die 11-stellige Steuer-Identifikations-Nummer lautet:
(Bei der Antragstellung für ein Kind bitte die Steuer-ID des Kindes eintragen)

4. bei Minderjährigen: Eltern

Nur sorgeberechtigte Elternteile benennen.

☐ gemeinsames Sorgerecht ☐ alleiniges Sorgerecht ▼ *bitte alle sorgeberechtigten Personen benennen* ▼

1. Elternteil: Nachname, Vorname	Telefon (tagsüber erreichbar)*
Anschrift	
2. Elternteil: Nachname, Vorname (nur bei gemeinsamen Sorgerecht)	Telefon (tagsüber erreichbar)*

5. Bevollmächtigte, gesetzlich vertretende oder betreuende Personen

Nachname, Vorname	Telefon (tagsüber erreichbar)*
Anschrift	

☐ Bevollmächtigte/r (Vollmacht beifügen) ☐ Betreuer/in (Betreuungsurkunde beifügen) ☐ gesetzliche/r Vertreter/in

6. Feststellungsbeginn

Ich beantrage die Behinderteneigenschaft festzustellen

☐ ab Antragseingang

☐ Rückwirkend ab _____ ☐ wegen steuerlicher Gründe ☐ wegen _____

7. Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen

Welche Gesundheitsstörungen liegen bei Ihnen vor und sollen festgestellt oder überprüft werden?

Bitte geben Sie nur Gesundheitsstörungen an, die mindestens sechs Monate andauern (bzw. andauern werden). Kürzer andauernde Gesundheitsstörungen können nicht berücksichtigt werden.

Formulieren Sie einfach (z. B. Gehprobleme durch Hüftleiden, Wirbelsäulenleiden) und verwenden keine ICD-10 Codes.

Es reicht nicht aus, auf beim Arzt vorliegende oder beigefügte Unterlagen zu verweisen.

Bitte kreuzen Sie auch die Ursache an!

Gesundheitsstörungen ▼	sonstige Krankheit / Schädigung ▼	Kriegs-, Wehrdienst oder Zivildienst-beschädigung, Folgen einer Gewalttat ▼	Arbeitsunfall / Berufskrankheit ▼
1	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐
9	☐	☐	☐
10	☐	☐	☐

8. weitere Angaben

Bei Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit):
Führen Sie ein Blutzuckertagebuch oder ähnliche Aufzeichnungen? ☐ ja (bitte beifügen) ☐ nein

Bei Schmerzen (auch Kopfschmerzen/Migräne)
Führen Sie ein Schmerztagebuch? ☐ ja (bitte beifügen) ☐ nein

Bei Gehbehinderung
Ich benutze folgende Gehhilfen? ☐ Rollstuhl ☐ Rollator ☐ Gehstock/Unterarmgehstützen
☐ ständig ☐ gelegentlich ☐ selten

Blindheit
Beantragen Sie auch Blindengeld? ☐ ja ☐ nein

9. zusätzliche Gesundheitsstörungen

☐ Ich bin damit einverstanden, dass alle im laufenden Feststellungsverfahren zusätzlich festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen berücksichtigt werden.

10. Leistungen anderer Stellen

Ich erhalte von folgenden Stellen Leistungen oder habe Leistungen beantragt:

ggf. ärztliche Unterlagen in Kopie beifügen!	beantragt	genaue Anschrift	Geschäftszeichen, Versicherungsnummer	wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?
☐ Pflegekasse	☐ ja ☐ nein am			
☐ Unfallversicherungsträger (z.B. Berufsgenossenschaft)	☐ ja ☐ nein am			
☐ Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr	☐ ja ☐ nein am			
☐ Versorgungsverwaltung (z.B. als Gewaltopfer)	☐ ja ☐ nein am			
☐ Sonstige (z.B. als Beamter wegen eines Dienstunfalls)	☐ ja ☐ nein am			

Geben Sie hier bitte an, von welchen Ärztinnen/Ärzten/Kliniken Befundberichte bzw. Unterlagen zu den von Ihnen geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen/Gesundheitsstörungen angefordert werden können.

Von Ihnen beigefügte aktuelle ärztliche Unterlagen (in Kopie) beschleunigen die Bearbeitung.

11. Hausärztliche Behandlung

Nachname, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	Datum der letzten Behandlung

12. Fachärztliche Behandlung

wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen/Gesundheitsstörungen

letzte Behandlung	Name und Anschrift	Gesundheitsstörung	Befinden sich dazu Unterlagen in der hausärztlichen Praxis?
	----------		☐ ja ☐ nein
	----------		☐ ja ☐ nein
	----------		☐ ja ☐ nein
	----------		☐ ja ☐ nein

13. Krankenhaus

wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen in den letzten zwei Jahren

letzte Behandlung	Name und Anschrift	Gesundheitsstörung	Befinden sich dazu Unterlagen in der hausärztlichen Praxis?
	----------		☐ ja ☐ nein
	----------		☐ ja ☐ nein
	----------		☐ ja ☐ nein
	----------		☐ ja ☐ nein

14. Reha wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen in den letzten zwei Jahren

von - bis	Name, Anschrift der Reha-Anstalt	Gesundheits-störung	Befinden sich dazu Unterlagen in der haus-ärztlichen Praxis?
			☐ ja ☐ nein
Name des Kostenträgers (z.B. Deutsche Rentenversicherung Nord/Bund; vormals LVA, BfA)		Aktenzeichen/Versicherungs-Nr.	
Anschrift des Kostenträgers			

15. weitere ärztliche Unterlagen wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen in den letzten zwei Jahren

Bei welchen Stellen befinden sich weitere ärztliche Unterlagen (z.B. Deutsche Rentenversicherung Nord bzw. Bund; vormals LVA bzw. BfA, Gesundheitsamt, Agentur für Arbeit, Bundesbahnversicherungsanstalt, Integrationsfachdienst, bei Kindern: Förderschule / Einrichtung)?

Behörde/Dienststelle - genaue Anschrift -	Geschäftszeichen/ Versicherungs-Nr.	Gesundheits-störung	Datum der letzten Begutachtung?

16. Mitwirkungspflicht und Datenschutz

Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist das Landesamt Arbeitsschutz, Soziales und Gesundheit (LASG) auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Deshalb ist in den §§ 60 bis 67 Erstes Buch Sozialgesetzbuch die **Mitwirkungspflicht** des Leistungsberechtigten gesetzlich festgelegt.

Wer Sozialleistungen beantragt, hat u.a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem hat er auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers (hier: LASG) der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z.B. Krankenkasse, behandelnde Ärztinnen/Ärzte, Arbeitgeber usw.) zuzustimmen. Ist die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, weil Sie nicht mitwirken, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u.a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann. Eine Übermittlung von Sozialdaten ist in dem vom Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) abgesteckten Rahmen zulässig. So können die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt gewordenen Daten im erforderlichen Umfang an andere Stellen - z.B. an andere Sozialleistungsträger oder an externe ärztliche Gutachter übermittelt werden (§ 69 Abs. 1 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Sollten Sie mit einer solchen Weitergabe nicht einverstanden sein, können Sie der Übermittlung von Sozialdaten vorab widersprechen. Bitte bedenken Sie dabei, dass ein Widerspruch ggf. auch zur Versagung oder Entziehung von Leistungen beim anderen Sozialleistungsträger führen kann.

Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage im erforderlichen Umfang gespeichert. Die Rechtsgrundlagen zur **Datenerhebung und -speicherung** finden sich in den §§ 67a und 67c SGB X. Das Informationsblatt zum Datenschutz nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) finden Sie auf unserer Homepage www.schleswig-holstein.de/LASG. Es wird Ihnen auf Wunsch in schriftlicher Form übersandt.

17. Erklärung

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Ich habe keinen weiteren Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

18. Unterschrift/en

Unterschrift der antragstellenden Person

X

Ort, Datum, Unterschrift

Unterschrift der vertretenden Person/en (bei Minderjährigen bitte alle sorgeberechtigten Personen unterschreiben)

X

Ort, Datum, Unterschrift/en

19. Anlagen Soweit Sie ärztliche Unterlagen (keine Röntgenbilder/DVD/CD) haben, fügen Sie diese bitte als Kopie zum Verbleib bei.

☐ **unterschriebenes Formular Schweigepflicht/Datenerhebung**
☐ medizinische Unterlagen
☐ Bescheid(e) anderer Stellen
☐ Betreuernachweis / Vollmacht
☐ Aufenthaltstitel
☐ Sonstiges:

Bitte reichen Sie **keine** Originale ein!

Schleswig-Holstein
Der echte Norden

Schleswig-Holstein
Landesamt für Arbeitsschutz,
Soziales und Gesundheit

Nachname, Vorname **der antragstellenden Person**	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Geschäftszeichen (soweit bekannt)	

Entbindung von der Schweigepflicht/ Einwilligung in die direkte Datenerhebung

für das Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht

Für dieses Verfahren benötigen wir medizinische Unterlagen, die Ihre aktuellen Beeinträchtigungen beschreiben.

Diese können Sie uns auf Ihre Kosten selbst zur Verfügung stellen oder wir übernehmen die Anforderung bei den Stellen, die solche Unterlagen haben. Dafür benötigen wir Ihr Einverständnis.

Ich bin damit einverstanden, dass das Landesamt für Arbeitsschutz, Soziales und Gesundheit (LASG) ärztliche und psychologische Unterlagen anfordert.

Dies gilt für alle Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen, die ich im Antrag angegeben habe oder noch benennen werde oder die sich aus Unterlagen ergeben, die ich eingereicht habe oder noch einreichen werde. Dies gilt auch für andere Einrichtungen wie Krankenhäuser und andere Behandlungsstätten, Behörden, Gerichte, Rentenversicherungsträger, gesetzliche und private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Förderschulen und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen.

Ich werde dem LASG umgehend mitteilen, wenn weitere Untersuchungen stattfinden, beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte. Ich bin damit einverstanden, dass dann auch darüber Unterlagen angefordert werden, es sei denn, ich widerspreche ausdrücklich. Ich entbinde alle diese genannten Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Von folgenden Stellen dürfen keine Auskünfte und Unterlagen eingeholt werden:

(Welche Stellen (Ämter / Kliniken pp) darf das LASG **nicht** kontaktieren?)

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen oder nachträglich einschränken kann. Sie gilt auch für ein sich eventuell anschließendes Widerspruchsverfahren.

Mir ist bewusst, dass eine Verweigerung der Schweigepflichtsentbindung/Einwilligung beziehungsweise einer Beschränkung und auch der Widerruf bzw. die nachträgliche Einschränkung meiner Erklärung dazu führen kann, dass möglicherweise nicht alle erforderlichen Informationen dem LASG zur Verfügung stehen.

Unterschrift der antragstellenden Person ab Vollendung des 14. Lebensjahres

X

Ort, Datum, Unterschrift

Unterschrift/en der gesetzlich vertretenden Person/en (bei Minderjährigen bitte **alle** sorgeberechtigten Personen unterschreiben)

X

Ort, Datum, Unterschrift/en