Ihr PDF-Anzeigeprogramm ist möglicherweise nicht kompatibel für ausfüllbare PDF-Formulare.
https://wiki.machproforms.de/wiki/docwiki/view/Main/06_PDF-Formulare/09_PDF-FormulareNutzung/

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

Stadt Mühlacker

Kelterplatz 7

75417 Mühlacker

Eingangs-stempel	
Akten-zeichen	

- Bitte elektronisch oder in Blockschrift ausfüllen -

☐ Wir müssen Ihre gesundheitlichen Verhältnisse überprüfen. Bitte teilen Sie uns unter Ziffer III. Ihre/n behandelnden Arzt/Ärzte mit.
Mit freundlichen Grüßen
Ihr Versorgungsamt

Ich beantrage die

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

☐ 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 wegen der Notwendigkeit ständiger Begleitung)
- ☐ Merkzeichen "aG" (Parkerleichterung wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung, z.B. Querschnittgelähmte)
- ☐ Merkzeichen "H" (Nachteilsausgleiche wegen Hilflosigkeit, Notwendigkeit dauernder Hilfe in erheblichem Umfang)
- ☐ Merkzeichen "RF" (Rundfunkgebührenbefreiung und Sozialtarif für Telefonanschlüsse)
- ☐ Merkzeichen "Bl" (Blindheit)
- ☐ Merkzeichen "1. Kl." (nur für Kriegsbeschädigte und BEG-Entschädigungsberechtigte)

I. Angaben zur Person

1	Familienname	Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
	Telefon (tagsüber)	Fax (Angabe freiwillig)	E-Mail (Angabe freiwillig)

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (sofern geändert)

2	Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
			75417	Mühlacker

3 Sind Sie erwerbstätig? ☐ ja

4 Ausländische Antragsteller (außer Unionsbürger):

Grenzarbeitnehmer:

Von der Ausländerbehörde auszufüllen

Der/Die Antragsteller/in hält sich rechtmäßig in der BRD auf:

☐ Aufenthaltserlaubnis/Niederlassungserlaubnis/ Aufenthaltsgestattung

erteilt am Datum (TT.MM.JJJJ) ggf.: gültig bis Datum (TT.MM.JJJJ)

oder

☐ nur Duldung erteilt am Datum (TT.MM.JJJJ)

gültig bis Datum (TT.MM.JJJJ)

i.A.

Ort, Datum: Mühlacker	Stempel, Unterschrift

Vervielfältigung, Nachahmung und Veröffentlichung und elektronische Speicherung nur mit Genehmigung!
Form-Solutions E-Mail: info@form-solutions.de Artikel-Nr. 610002 www.form-solutions.de

Eingaben löschen | Drucken | Speichern | Daten importieren

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 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, Ihren behandelnden 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 behandelnden Ärzten/Fachärzten/Kliniken

		Wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (bitte ankreuzen)	Datum der letzten Behandlung	**Bitte Spalte unbedingt ausfüllen!** Überweisung durch den Hausarzt?
1. Hausarzt	Name Straße / Hausnummer PLZ / Ort	① ② ③ ④ ⑤ ⑥		
2. Fachärzte/ Fachrichtung	Name/Fachrichtung Straße / Hausnummer PLZ / Ort	① ② ③ ④ ⑤ ⑥		☐ ja ☐ nein
	Name/Fachrichtung Straße / Hausnummer PLZ / Ort	① ② ③ ④ ⑤ ⑥		☐ ja ☐ nein
	Name/Fachrichtung Straße / Hausnummer PLZ / Ort	① ② ③ ④ ⑤ ⑥		☐ ja ☐ nein
	Name/Fachrichtung Straße / Hausnummer PLZ / Ort	① ② ③ ④ ⑤ ⑥		☐ ja ☐ nein

Eingaben löschen | Drucken | Speichern | Daten importieren

		Wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (bitte ankreuzen)	Behandlungszeitraum
3. Kranken-hausbe-handlungen	Name Abteilung, Station Straße / Hausnummer PLZ / Ort	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	von (Datum) / bis (Datum) ☐ stationär ☐ ambulant
	Name Abteilung, Station Straße / Hausnummer PLZ / Ort	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	von (Datum) / bis (Datum) ☐ stationär ☐ ambulant
4. Reha-Einrichtungen/Kurkliniken	Name Straße / Hausnummer PLZ / Ort Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, BfA, LVA)	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	von (Datum) / bis (Datum) ☐ stationär ☐ ambulant
	Name Straße / Hausnummer PLZ / Ort Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, BfA, LVA)	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	von (Datum) / bis (Datum) ☐ stationär ☐ ambulant

IV. Angaben zu früheren Feststellungen

Wurde bereits eine Entscheidung getroffen

1. von einem Versorgungsamt 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 der darauf beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)?

☐ ja ☐ nein ☐ Entscheidung noch nicht ergangen

2. von einer Berufsgenossenschaft über das Vorliegen von Unfallfolgen und der darauf beruhenden MdE oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (Bitte Feststellungsbescheide oder Unterlagen beifügen)

☐ ja ☐ nein ☐ Entscheidung noch nicht ergangen

ggf. Unfalltag | Datum (TT.MM.JJJJ) | 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

Eingaben löschen | Drucken | Speichern | Daten importieren

4. Erhalten Sie Pflegegeld oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ ja ☐ nein ☐ Entscheidung noch nicht ergangen

Pflegestufe	Beginn der Leistung	Letzte Untersuchung

Anschrift und Versicherungsnummer des Leistungsträgers

5. Bei behinderten Kindern (von den Eltern auszufüllen)
Besucht Ihr Kind eine - ggf. welche - Behinderteneinrichtung/-schule? ☐ ja ☐ nein

Name der Einrichtung

Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

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

VI. Erklärung zum Datenschutz und Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die dem Versorgungsamt 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.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers bzw. des Vertreters (Vollmacht/ Bestallungsurkunde/Betreuerausweis - bitte Kopie - vorlegen)	Anlagen
		☐ 1 Lichtbild aus neuester Zeit ☐ Kopien ärztlicher Befunde

Eingaben löschen | Drucken | Speichern | Daten importieren

Einwilligungserklärung für die Erhebung und Verarbeitung von Daten nach der Datenschutzgrundverordnung

Zur Bearbeitung Ihres Anliegens erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen die Erhebung und Verarbeitung aller notwendigen personenbezogenen Daten. Dabei handelt es sich insbesondere um Name, Anschrift, Kontaktdaten sowie sonstige notwendige Angaben. Diese Daten werden auf dem Server der zuständigen Stelle gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden.

Für den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten haben wir alle technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen, um ein hohes Schutzniveau zu schaffen. Wir halten uns dabei strikt an die Datenschutzgesetze und die sonstigen datenschutzrelevanten Vorschriften. Ihre Daten werden ausschließlich über sichere Kommunikationswege an die zuständige Stelle übergeben.

Darüber hinaus ist für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Nutzers erforderlich. Eine automatische Löschung erfolgt nach 180 Tagen, insofern entsprechende Daten nicht weiter benötigt werden. In Fällen mit einer gebührenpflichtigen Verarbeitung kann es vorkommen, dass zur Abwicklung der Bezahlung Ihre bezahlrelevanten Daten an den ePayment-Provider übermittelt werden.

Rechte der betroffenen Person: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abzuändern oder gänzlich zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an uns übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden.