RheinlandPfalz
LANDESAMT FÜR SOZIALES, JUGEND UND VERSORGUNG

An das
Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung

Wählen Sie den für Sie zuständigen Dienstort

Geschäftszeichen

O Vorgang nicht vorhanden

O Daten erfasst am ……
mit ohne masch. Eing.-Best.

O .....

Änderungs-Antrag

nach § 69 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Schwerbehindertenrecht –

☐ auf Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB)

☐ auf Feststellung des/der Merkzeichen(s)

- ☐ **G** (erheblich gehbehindert)
- ☐ **H** (hilflos)
- ☐ **GL** gehörlos
- ☐ **Bl** (blind)
- ☐ **B** (Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittlel)
- ☐ **aG** (außergewöhnlich gehbehindert)
- ☐ **RF** (erheblich hör- oder sehbehindert oder dauernd an die Wohnung gebunden)
- ☐ **1. Kl.** (1. Wagenklasse bei Bahnreisen für Kriegsgeschädigte/NS-Verfolgte)

Wichtige Hinweise

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – **möglichst in Blockschrift!**

Sie können dieses Formular auch am Bildschirm mit dem Acrobat Reader ausfüllen und drucken. Bitte beachten Sie, dass Formulare, die in Acrobat Reader ausgefüllt werden, nicht mit den eingegebenen Daten gespeichert werden können.

Ihre Angaben sind für die Bearbeitung notwendig. Wer Sozialleistungen beantragt, hat gemäß § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen anzugeben. Dies gilt für das Verfahren nach § 69 SGB IX entsprechend. Außerdem sollen Sie nach § 21 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken, insbesondere Ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben. Soweit und solange es zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgabe aus § 69 SGB IX notwendig ist, werden Ihre Sozialdaten gespeichert. Rechtsgrundlage ist § 67 c SGB X.

Vergessen Sie bitte nicht, den Antrag zu unterschreiben!

Wenn sich Unterlagen über Ihren Gesundheitszustand (zum Beispiel Befundberichte, ärztliche Gutachten, EKG-, Labor- oder Röntgenbefunde) in Ihrem Besitz befinden, die nicht älter als 2 Jahre sind, reichen Sie diese bitte mit dem Antrag ein! Dadurch können Sie das Verfahren beschleunigen!

Angaben zur Person

Familienname

Vorname

gegebenenfalls Geburtsname

Geburtsdatum

Postleitzahl

Wohnort

Straße und Hausnummer

freiwillige Angaben

Telefon (tagsüber)

E-Mail-Adresse (falls vorhanden)

Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Name, Anschrift und Telefonnummer des gesetzlichen Vertreters/Betreuers angeben. Im Falle einer Betreuung bitte Kopie der Bestellungsurkunde beifügen!

Bitte geben Sie Name und Anschrift Ihrer Krankenversicherung/Krankenkasse an

Ich bin erwerbstätig ○ ja ○ nein

Mein Arbeitsplatz ist akut gefährdet ○ ja ○ nein

Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen

	Welche der bereits im letzten Bescheid festgestellten körperliche(n), geistige(n) und/oder seelische(n) **Beeinträchtigung(en)** haben sich verschlimmert?	Ursachen-schlüssel
1.		
2.		
3.		

	Welche körperliche(n), geistige(n) und/oder seelische(n) **Beeinträchtigung(en)** machen Sie ertmals geltend?	Ursachen-schlüssel
4.		
5.		
6.		

Ursachenschlüssel

01	**angeborene Gesundheitsstörung**	**06**	**sonstiger Unfall**
02	**Arbeitsunfall/Berufskrankheit (dem Unfallversicherungsträger gemeldet)**	**07**	**Kriegs-, Wehrdienst oder Zivildienstbeschädigung**
04	**Verkehrsunfall**	**09**	**sonstige Krankheit (auch Impfschaden)**
05	**häuslicher Unfall**	**10**	**sonstige Ursache**

Soll Ihr Antrag alle bestehenden Gesundheitsstörungen umfassen? ◯ ja ◯ nein

Wenn nein: Welche Gesundheitsstörung(en) soll(en) nicht berücksichtigt werden?

Angaben zu ärztlichen Behandlungen

Name und Anschrift der **Hausärztin**/des **Hausarztes**

Bei welchen Ärzten/-innen sind beziehungsweise waren Sie außerdem in Behandlung?

von-bis	Name und Anschrift	Fachgebiet	wegen Nr. (Seite 2)	Unterlagen beim Hausarzt? ja/nein
				◯ ja ◯ nein
				◯ ja ◯ nein
				◯ ja ◯ nein

Krankenhaus- und Rehabehandlung in den letzten 3 Jahren

von-bis	Name und Anschrift	Abteilung/ Station	wegen Nr. (Seite 2)	Unterlagen beim Hausarzt? ja/nein
				◯ ja ◯ nein
				◯ ja ◯ nein
				◯ ja ◯ nein

Kostenträger der Rehabehandlung (Name und Anschrift)

Angaben zu anderweitigen Feststellungen/Begutachtungen

Wurde bereits eine **Feststellung zu den gesundheitlichen Verhältnissen/zu einzelnen Gesundheitsstörungen** und zum Grad der Behinderung (GdB) bzw. Grad der Schädigsfolgen (GdS) oder zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) getroffen (zum Beispiel von einem Amt für soziale Angelegenheiten/Versorgungsamt, einer anderen Verwaltungsbehörde, einem Sozialversicherungsträger – zum Beispiel Berufsgenossenschaft –, einem Gericht) oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

◯ ja
◯ nein

Wenn ja: Bitte geben Sie Name und Anschrift an!
Bitte fügen Sie auch Ihnen vorliegende Gutachten und Bescheide (in Kopie) bei.

Erhalten Sie **Rente wegen Erwerbsminderung** aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? Laufen Untersuchungen beim Rentenversicherungsträger?

☐ ja ☐ nein ☐ Ich erhalte Rente ab: _____

Bitte geben Sie hier Name, Anschrift und Aktenzeichen des Rentenversicherungsträgers an!

Haben Sie bei der **Pflegekasse/Pflegeversicherung** Pflegeleistungen beantragt?

☐ ja, am _____ ☐ nein

Wenn ja:

☐ der Antrag wurde abgelehnt.

☐ der Antrag wurde bewilligt. Ich bin in der Pflegestufe _____

☐ über den Antrag wurde noch nicht entschieden.

☐ Untersuchung fand statt/ ist vorgesehen für _____

Bitte geben Sie Name, Anschrift und Aktenzeichen der Kasse/Versicherung an!

Bei welcher bisher noch nicht genannten Stelle (zum Beispiel Gesundheitsamt, Agentur für Arbeit, Sozialamt) befinden sich **weitere** die Gesundheitsstörung(en) betreffende **Unterlagen**?
Bitte geben Sie Name, Anschrift und Aktenzeichen der Stelle an!

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die in diesem Verwaltungsverfahren und einem sich eventuell anschließenden Vorverfahren notwendigen Auskünfte bei den von mir benannten Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Krankenanstalten (auch privaten), gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie den sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden eingeholt werden können. Ich bin auch damit einverstanden, dass die dort geführten Unterlagen (zum Beispiel Röntgenbilder, Krankenpapiere, Arztbriefe, etc. im erforderlichen Umfang beigezogen werden.

Die beteiligten Ärztinnen/Ärzte entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass die Auskünfte und Unterlagen in den Verfahren verwendet werden.

Keine Auskünfte und Unterlagen dürfen eingeholt werden bei:

Ich nehme zur Kenntnis, dass die in diesem Verwaltungsverfahren bekannt gewordenen Sozialdaten

- erfasst und gespeichert werden (§ 67 c SGB X) und
- für eigene gesetzliche soziale Aufgaben, aber auch an andere Stellen im Sinne des § 35 SGB I (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgaben nach § 69 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X übermittelt werden dürfen, **falls ich nicht ausdrücklich widerspreche.**

Ort	Datum	Unterschrift (Einverständniserklärung) gegebenenfalls des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers

Ort	Datum	Unterschrift (Antrag) gegebenenfalls des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers

Folgende Unterlagen füge ich bei: ☐ Passbild ☐ aktuelle ärztliche Unterlagen

Formular zurücksetzen

Formular drucken