

Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> oder in <b>Druckschrift</b> ausfüllen. Freiwillige Angaben sind mit einem * gekennzeichnet.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ihr Wohnort</th> <th>Zuständige Stelle</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kreis Plön, Städte Kiel, Neumünster</td> <td>Landesamt für soziale Dienste Steinmetzstraße 1 - 11 24534 Neumünster Telefon 04321 913-5</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kreise Dithmarschen, Nordfriesland, Pinneberg, Steinburg</td> <td>Landesamt für soziale Dienste Dienstszitz Heide Neue Anlage 9 • 25746 Heide Telefon 0481 696-0</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kreise Hzgt. Lauenburg, Ostholstein, Segeberg, Stormarn, Stadt Lübeck</td> <td>Landesamt für soziale Dienste Dienstszitz Lübeck Große Burgstr. 4 • 23552 Lübeck Telefon 0451 1406-0</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kreise Rendsburg-Eckernförde, Schleswig-Flensburg, Stadt Flensburg</td> <td>Landesamt für soziale Dienste Dienstszitz Schleswig Seminarweg 6 • 24837 Schleswig Telefon 04621 806-0</td> </tr> </tbody> </table>	Ihr Wohnort	Zuständige Stelle	<input type="checkbox"/> Kreis Plön, Städte Kiel, Neumünster	Landesamt für soziale Dienste Steinmetzstraße 1 - 11 24534 Neumünster Telefon 04321 913-5	<input type="checkbox"/> Kreise Dithmarschen, Nordfriesland, Pinneberg, Steinburg	Landesamt für soziale Dienste Dienstszitz Heide Neue Anlage 9 • 25746 Heide Telefon 0481 696-0	<input type="checkbox"/> Kreise Hzgt. Lauenburg, Ostholstein, Segeberg, Stormarn, Stadt Lübeck	Landesamt für soziale Dienste Dienstszitz Lübeck Große Burgstr. 4 • 23552 Lübeck Telefon 0451 1406-0	<input type="checkbox"/> Kreise Rendsburg-Eckernförde, Schleswig-Flensburg, Stadt Flensburg	Landesamt für soziale Dienste Dienstszitz Schleswig Seminarweg 6 • 24837 Schleswig Telefon 04621 806-0
Ihr Wohnort	Zuständige Stelle										
<input type="checkbox"/> Kreis Plön, Städte Kiel, Neumünster	Landesamt für soziale Dienste Steinmetzstraße 1 - 11 24534 Neumünster Telefon 04321 913-5										
<input type="checkbox"/> Kreise Dithmarschen, Nordfriesland, Pinneberg, Steinburg	Landesamt für soziale Dienste Dienstszitz Heide Neue Anlage 9 • 25746 Heide Telefon 0481 696-0										
<input type="checkbox"/> Kreise Hzgt. Lauenburg, Ostholstein, Segeberg, Stormarn, Stadt Lübeck	Landesamt für soziale Dienste Dienstszitz Lübeck Große Burgstr. 4 • 23552 Lübeck Telefon 0451 1406-0										
<input type="checkbox"/> Kreise Rendsburg-Eckernförde, Schleswig-Flensburg, Stadt Flensburg	Landesamt für soziale Dienste Dienstszitz Schleswig Seminarweg 6 • 24837 Schleswig Telefon 04621 806-0										

## Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht (Feststellungsverfahren)

1	<input type="checkbox"/> <b>Erstantrag</b> - Ich habe bisher keinen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt.
	<input type="checkbox"/> <b>Änderungsantrag</b> - Ich habe schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt.
	Behörde: _____ Geschäftszeichen: _____

### Antragstellende Person

2	Nachname, Vorname (ggf. Geburtsname)	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
	Straße, Hausnummer		Telefon (tagsüber erreichbar) *
	Postleitzahl, Ort		E-Mail *
	Erwerbstätig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Erwerbstätig als *	
3	Staatsangehörigkeit	Von <b>Nicht-EU-Bürgern und Staatenlosen</b> ist die amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Kopie hiervon vorzulegen. Von <b>Grenzarbeiterinnen und Grenzarbeitern</b> ist die Arbeiterlaubnis vorzulegen.	
3a	Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID) *	Für den Behindertenpauschbetrag müssen künftig die erforderlichen Daten an die Finanzbehörde übermittelt werden. Hierzu ist die Angabe der Steuer-ID notwendig. Damit beantragen Sie gleichzeitig die Übermittlung Ihrer Daten für die Besteuerung. Auskünfte hierzu erteilen die Finanzämter.	

### bei Minderjährigen: Eltern Nur sorgeberechtigte Elternteile benennen.

4a	<input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht <input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht ▼ <i>bitte alle sorgeberechtigten Personen benennen</i> ▼								
	<table border="1"> <tr> <td style="width: 60%;">1. Elternteil: Nachname, Vorname</td> <td>Telefon (tagsüber erreichbar) *</td> </tr> <tr> <td>Anschrift</td> <td>E-Mail *</td> </tr> <tr> <td>2. Elternteil: Nachname, Vorname (nur bei gemeinsamen Sorgerecht)</td> <td>Telefon (tagsüber erreichbar) *</td> </tr> <tr> <td>Anschrift</td> <td>E-Mail *</td> </tr> </table>	1. Elternteil: Nachname, Vorname	Telefon (tagsüber erreichbar) *	Anschrift	E-Mail *	2. Elternteil: Nachname, Vorname (nur bei gemeinsamen Sorgerecht)	Telefon (tagsüber erreichbar) *	Anschrift	E-Mail *
1. Elternteil: Nachname, Vorname	Telefon (tagsüber erreichbar) *								
Anschrift	E-Mail *								
2. Elternteil: Nachname, Vorname (nur bei gemeinsamen Sorgerecht)	Telefon (tagsüber erreichbar) *								
Anschrift	E-Mail *								

### Bevollmächtigte, gesetzlich vertretende oder betreuende Person

4b	▼ <b>Fügen Sie bitte eine Vollmacht bzw. eine Betreuungsurkunde in Kopie bei.</b> ▼				
	<table border="1"> <tr> <td style="width: 60%;">Nachname, Vorname</td> <td>Telefon (tagsüber erreichbar) *</td> </tr> <tr> <td>Anschrift</td> <td>E-Mail *</td> </tr> </table>	Nachname, Vorname	Telefon (tagsüber erreichbar) *	Anschrift	E-Mail *
Nachname, Vorname	Telefon (tagsüber erreichbar) *				
Anschrift	E-Mail *				

### Feststellungsbeginn

5	Ich beantrage, die Behinderteneigenschaft festzustellen <input type="checkbox"/> ab Antragseingang <input type="checkbox"/> wegen steuerlicher Gründe rückwirkend ab _____ <input type="checkbox"/> wegen Rente rückwirkend ab _____
---	--

## Angaben zu den Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen

**6** Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen haben Sie? 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.

Es reicht **nicht** aus, auf beim Arzt anzufordernde Unterlagen zu verweisen.

**Bitte kreuzen Sie auch die Ursache an!**

	sonstige Krankheit / Schädigung			
	Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat			
	Arbeitsunfall / Berufskrankheit			

**Gesundheitsstörungen ▼**

1			
2			
3			
4			
5			
6			

**7** Welche mit der letzten Feststellung bereits berücksichtigten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen haben sich dauerhaft **verschlimmert**?

1			
2			
3			
4			

**8** **Wichtig für insulinpflichtige Diabetiker:** Bitte senden Sie die Dokumentation Ihrer Blutzuckermessungen und Insulingaben der letzten drei Monate in Kopie ein.  Es erfolgt keine Blutzuckerdokumentation.

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

## Leistungen anderer Stellen

**10** Ich erhalte von folgenden Stellen Leistungen oder habe Leistungen beantragt:

ggf. ärztliche Unterlagen in Kopie beifügen!	beantragt	genaue Anschrift	Geschäftszeichen, Versicherungsnummer	wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?
<input type="checkbox"/> <b>Pflegekasse</b>	<input type="checkbox"/> ja am			
<input type="checkbox"/> <b>Unfallversicherungsträger</b> (z.B. Berufsgenossenschaft)	<input type="checkbox"/> ja am			
<input type="checkbox"/> Bundesamt für das Personalmanagement der <b>Bundeswehr</b>	<input type="checkbox"/> ja am			
<input type="checkbox"/> <b>Versorgungsverwaltung</b> (z.B. als Gewaltopfer)	<input type="checkbox"/> ja am			
<input type="checkbox"/> <b>Sonstige</b> (z.B. als Beamter wegen eines Dienstunfalls)	<input type="checkbox"/> ja am			

## Schwerbehindertenausweis - Erläuterungen im Informationsblatt

**11** Ich beantrage die Ausstellung eines Ausweises. Dabei sollen die nachfolgend angekreuzten und **alle** Merkzeichen festgestellt werden, die mir nach dem Ergebnis der Ermittlungen zustehen.

**G** erheblich gehbehindert       **B** Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel       **aG** außergewöhnlich gehbehindert

**H** hilflos       **RF** erheblich hör- oder sehbehindert oder dauerndes Gebundensein an die Wohnung       **BI** blind

**GI** gehörlos       **TBI** taubblind       **1. KI.** nur für Kriegsbeschädigte und Entschädigungsberechtigte

Raum für etwaige Einschränkungen

Geben Sie hier bitte an, von welchen Ärztinnen/Ärzten/Kliniken Befundberichte bzw. Unterlagen zu den von Ihnen geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen/Gesundheitsstörungen angefordert werden sollen. Mit der Erklärung zu Nummer 19 entbinden Sie diese Ärztinnen/Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Von Ihnen beigefügte aktuelle ärztliche Unterlagen (in Kopie) beschleunigen die Bearbeitung. Bitte benutzen Sie ein Zusatzblatt, wenn der Platz nicht reicht.

### Hausärztliche Behandlung

<b>12</b>	Nachname, Vorname		
	Straße, Hausnummer		
	Postleitzahl, Ort		Datum der letzten Behandlung

### Fachärztliche Behandlung wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen

<b>13</b>	letzte Behandlung	Name und Anschrift	Gesundheitsstörung Nr.	Befinden sich dazu Unterlagen in der hausärztlichen Praxis?
		.....		
		.....		
		.....		
		.....		

### Krankenhausbehandlung wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen in den letzten 2 Jahren

<b>14</b>	Behandlung von - bis	Name, Anschrift des Krankenhauses, Abteilung	Gesundheitsstörung Nr.	Befinden sich dazu Unterlagen in der hausärztlichen Praxis?
		.....		
		.....		
		.....		
		.....		

### Reha-Behandlung wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen in den letzten 2 Jahren

<b>15</b>	von - bis	Name, Anschrift der Reha-Anstalt	Gesundheitsstörung Nr.	Befinden sich dazu Unterlagen in der hausärztlichen Praxis?
		.....		
Name des Kostenträgers (z.B. Deutsche Rentenversicherung Nord/Bund; vormals LVA, BfA)			Aktenzeichen/Versicherungs-Nr.	
Anschrift des Kostenträgers				

### Weitere ärztliche Unterlagen wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen / Gesundheitsstörungen in den letzten 2 Jahren

<b>16</b>	Bei welchen Stellen befinden sich weitere ärztliche Unterlagen (z.B. Deutsche Rentenversicherung Nord bzw. Bund; vormals LVA bzw. BfA, Gesundheitsamt, Agentur für Arbeit, Bundesbahnversicherungsanstalt, bei Kindern: Förderschule / Einrichtung)?			
	Behörde/Dienststelle - genaue Anschrift -	Geschäftszeichen/ Versicherungs-Nr.	Gesundheitsstörung Nr.	Datum der letzten Begutachtung?

**17 Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz**

Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist das Landesamt für soziale Dienste (LAsD) 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: LAsD) 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/LAsD/](http://www.schleswig-holstein.de/LAsD/). Es wird Ihnen auf Wunsch in schriftlicher Form übersandt.

**18 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.

**19 Entbindung von der Schweigepflicht / Einwilligung in die direkte Datenerhebung**

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 soziale Dienste Schleswig-Holstein (LAsD) 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 LAsD 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:

.....

(Hier können Sie Einschränkungen nennen.)

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 bzw. einer Beschränkung und auch der Widerruf bzw. die nachträgliche Einschränkung meiner Erklärung dazu führen kann, dass möglicherweise nicht alle erforderlichen Informationen dem LAsD zur Verfügung stehen.

Unterschrift der antragstellenden Person ab Vollendung des 14. Lebensjahres

**X**

**Gesetzlich vertretende Person(en)** ▼ bei Minderjährigen bitte alle sorgeberechtigten Personen unterschreiben ▼

Unterschrift	Unterschrift
<b>X</b>	<b>X</b>

**20 Informationsblatt** Das Informationsblatt für schwerbehinderte Menschen habe ich erhalten  ja  nein

**Unterschrift** (Bitte vergessen Sie nicht, auch bei **Nummer 19** zu unterschreiben)

**21** Ort, Datum, Unterschrift

**X**

**Vertretende Person(en)** ▼ bei Minderjährigen bitte alle sorgeberechtigten Personen unterschreiben ▼

Ort, Datum, Unterschrift	Ort, Datum, Unterschrift
<b>X</b>	<b>X</b>

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

**22** Ich habe folgende Unterlagen beigefügt: