

Landratsamt Biberach  
 Versorgungsamt  
 Rollinstr. 18  
 88400 Biberach

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

## Schwerbehindertenrecht

Az.: \_\_\_\_\_

Wir müssen Ihre gesundheitlichen Verhältnisse überprüfen. Bitte teilen Sie uns unter Ziffer III. Ihre/n behandelnden Arzt/Ärzte mit.

Mit freundlichen Grüßen  
 Ihr Landratsamt

# Änderungsantrag

Ich beantrage:

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

die 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, wenn eine Berechtigung zur Mitnahme besteht)
- Merkzeichen „aG“ (Parkerleichterung wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung, z.B. Querschnittgelähmte)
- Merkzeichen „H“ (Nachteilsausgleiche wegen Hilflosigkeit, Notwendigkeit dauernder Hilfe in erheblichem Umfang)
- Merkzeichen „RF“ (Rundfunkbeitragsermäßigung und Sozialtarif für Telefonanschlüsse)
- Merkzeichen „Bl“ (Blindheit)
- Merkzeichen „TBl“ (Taubblindheit)

### I. Angaben zur Person

- Bitte in Blockschrift ausfüllen -

|  |   |
|--|---|
| <small>Nur angeben, wenn oben nicht eingedruckt!</small>   |   |
| <p><b>1. Name</b> _____</p> <p><b>Vorname</b> _____</p> <p><b>Geburtsdatum</b> _____</p> <p>tagsüber tel. zu erreichen unter: _____</p>  | <p><b>2. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt</b> (sofern geändert)</p> <p><b>Straße, Hausnummer:</b> _____</p> <p><b>Postleitzahl, Ort:</b> _____</p> |
| <p><b>3. Sind Sie erwerbstätig?</b> ja <input type="checkbox"/></p>  |   |
| <p><b>4. Aufenthaltsbescheinigung</b></p> <p>Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf.</p> <p><input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis/Niederlassungserlaubnis/Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG/Aufenthalts-gestattung</p> <p>erteilt am _____ ggf.: gültig bis: _____</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> nur Duldung erteilt am _____ gültig bis _____</p> <p>Ausländerbehörde<br/>       Im Auftrag</p> <p>_____<br/>       Datum, Stempel, Unterschrift</p>                               |   |
| <p><b>Ausländische Antragsteller (außer Unionsbürger):</b><br/>       Bitte Pass (Kopie) vorlegen</p> <p>Bitte fügen Sie eine amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Duldung bei oder lassen Sie die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen, soweit dem Landratsamt ein nicht weiterhin gültiger unbefristeter Aufenthaltstitel vorliegt.</p> <p><b>Grenzarbeitnehmer:</b></p> <p>Bitte fügen Sie eine Arbeitsbescheinigung Ihres derzeitigen Arbeitgebers und ggf. eine Arbeitserlaubnis bei.</p> |   |

## II. Angaben über die Gesundheitsstörungen / Erklärungen

|   |  |
|---|--|
| <b>Welche</b> der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen haben sich <b>verschlimmert</b> oder sind seit der letzten Entscheidung <b>neu aufgetreten</b> ?  | <b>Ursache:</b> z.B. angeborene Gesundheitsstörungen, <b>Arbeits-</b> , Verkehrs-, häuslicher <b>Unfall</b> , Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat, Impfschaden, sonstige Ursachen |
| ①   |  |
| ②   |  |
| ③   |  |
| ④   |  |
| ⑤   |  |
| ⑥   |  |
| <p>2. Soll Ihr Antrag <b>alle Gesundheitsstörungen</b>, die sich aus den ärztlichen Unterlagen ergeben - auch wenn sie unter II.1 von Ihnen nicht aufgeführt wurden – umfassen?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/>                      Nein <input type="checkbox"/></p> <p>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.</p> |  |

## III. Angaben zu behandelnden Ärzten / Fachärzten / Kliniken

| 1. Hausarzt                 | wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen ( <b>Nr. 1-6 bitte ankreuzen</b> ) |                                  |  |
|-----------------------------|--|----------------------------------|--|
| Name:                       | ① ②<br>③ ④<br>⑤ ⑥  | Datum der letzten<br>Behandlung: | bitte Spalte <b>un-<br/>bedingt aus-<br/>füllen</b><br><br>↓   |
| Straße:                     |  |                                  |  |
| PLZ/Ort:                    |  |                                  |  |
| 2. Fachärzte / Fachrichtung |  |                                  |  |
| Name/Fachrichtung:          | ① ②<br>③ ④<br>⑤ ⑥  | Datum der letzten<br>Behandlung: | Überweisung<br>durch den<br>Hausarzt<br><br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
| Straße:                     |  |                                  |  |
| PLZ/Ort:                    |  |                                  |  |
| Name/Fachrichtung:          | ① ②<br>③ ④<br>⑤ ⑥  | Datum der letzten<br>Behandlung: | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein   |
| Straße:                     |  |                                  |  |
| PLZ/Ort:                    |  |                                  |  |
| Name/Fachrichtung:          | ① ②<br>③ ④<br>⑤ ⑥  | Datum der letzten<br>Behandlung: | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein   |
| Straße:                     |  |                                  |  |
| PLZ/Ort:                    |  |                                  |  |
| Name/Fachrichtung:          | ① ②<br>③ ④<br>⑤ ⑥  | Datum der letzten<br>Behandlung: | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein   |
| Straße:                     |  |                                  |  |
| PLZ/Ort:                    |  |                                  |  |

| 3. Krankenhausbehandlungen  |                   | wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen) |
|---|-------------------|---|
| Name:   | ① ②<br>③ ④<br>⑤ ⑥ | Behandlungszeitraum<br>von – bis  |
| Abteilung, Station:   |                   | _____   |
| Straße:   |                   | <input type="checkbox"/> stationär  |
| PLZ/Ort:  |                   | <input type="checkbox"/> ambulant   |
| Name:   | ① ②<br>③ ④<br>⑤ ⑥ | Behandlungszeitraum<br>von – bis  |
| Abteilung, Station:   |                   | _____   |
| Straße:   |                   | <input type="checkbox"/> stationär  |
| PLZ/Ort:  |                   | <input type="checkbox"/> ambulant   |
| 4. Reha-Einrichtungen / Kurkliniken   |                   | wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen) |
| Name:   | ① ②<br>③ ④<br>⑤ ⑥ | Behandlungszeitraum<br>von – bis  |
| Straße:   |                   | _____   |
| PLZ/Ort:  |                   | <input type="checkbox"/> stationär  |
| Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung): |                   | <input type="checkbox"/> ambulant   |
| Name:   | ① ②<br>③ ④<br>⑤ ⑥ | Behandlungszeitraum<br>von – bis  |
| Straße:   |                   | _____   |
| PLZ/Ort:  |                   | <input type="checkbox"/> stationär  |
| Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung): |                   | <input type="checkbox"/> ambulant   |

#### IV. Angaben zu früheren Feststellungen

|   |                                      |                               |
|---|--------------------------------------|-------------------------------|
| Wurde bereits eine Entscheidung getroffen   |                                      |                               |
| 1. von einem <b>Versorgungsamt / Landratsamt</b> oder einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Wehrbereichsgebührensamt) oder einem Gericht über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) bzw. über das Vorliegen von Schädigungsfolgen und den darauf beruhenden Grad der Schädigungsfolgen (GdS)?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen    |                                      |                               |
| 2. von einer <b>Berufsgenossenschaft</b> über das Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit und der darauf beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)<br>oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (Bitte Feststellungsbescheide oder Unterlagen beifügen)<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen    ggf. Unfalltag: _____ und Arbeitgeber: _____ |                                      |                               |
| Gesundheitsstörungen  | Verwaltungsbehörde / Leistungsträger | Geschäftszeichen des Vorgangs |
|   |                                      |                               |
|   |                                      |                               |
| 3. Erhalten Sie <b>Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit</b> aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen    Beginn der Leistung: _____ letzte Untersuchung: _____<br><b>Anschrift und Versicherungsnummer</b> des Sozialversicherungsträgers: _____                                 |                                      |                               |

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

Ja  Nein  Entscheidung noch nicht ergangen **Pflegegrad:** \_\_\_\_\_ **Beginn der Leistung:** \_\_\_\_\_

**letzte Untersuchung:** \_\_\_\_\_

**Anschrift und Geschäftszeichen des Leistungsträgers (Krankenkasse/Pflegekasse):**

5. Bei behinderten Kindern (**von den Eltern auszufüllen**):

Besucht Ihr Kind eine/n Behinderteneinrichtung/-kindergarten/-schule  oder eine/n Regelkindergarten bzw. Regelschule

**Bezeichnung und Anschrift:**

Werden Leistungen der Eingliederungshilfe vom Sozialamt bezogen?  Ja  Nein

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

Wenn Sie diesem **Antrag** bereits ein **farbiges Passbild beifügen**, (Rückseite mit Namen beschriften) wird Ihnen bei Vorliegen der Voraussetzungen (Grad der Behinderung wenigstens 50) der Ausweis direkt übersandt, sofern keine Zweifel an der Identität bestehen. Für Kinder unter 10 Jahren ist kein Passbild einzureichen. Dies gilt auch für Menschen, die das Haus nicht oder nur mit Hilfe eines Krankentransportwagens verlassen können.

## VI. Erklärung zum Datenschutz und Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Sofern beigefügte Unterlagen nicht ausreichen, **erkläre ich mich damit einverstanden**, dass das Landratsamt die in diesem Verwaltungsverfahren und in einem evtl. sich anschließenden Vorverfahren erforderlichen Auskünfte und Unterlagen von allen angegebenen Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, gesetzlichen und privaten Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste, Behörden und sonstigen Einrichtungen bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich **entbinde** Ärzte, sonstige beteiligte Personen und Stellen von ihrer **Schweigepflicht** und **stimme** der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen **ausdrücklich zu**.

### Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses

**Ich nehme zur Kenntnis**, dass die Daten, die dem Landratsamt 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**.

**Die beigefügten Hinweise zum Datenschutz habe ich ebenfalls zur Kenntnis genommen.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers bzw. des  
Vertreters (**Vollmacht/ Bestallungsurkunde/  
Betreuerausweis – bitte Kopie – vorlegen**)

Dem Antrag füge ich bei:

- 1 farbiges Passbild aus neuester Zeit  
 Kopien ärztlicher Befunde

# Hinweise zum Datenschutz

Informationen zur Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 (EU-Datenschutz-Grundverordnung – DS-GVO) und zum Schutz der Sozialdaten nach dem 2. Kapitel des Zehnten Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - (SGB X):

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten ist Artikel 6 DS-GVO.

Ihre Angaben im Antragsformular sind erforderlich, damit das Landratsamt das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) nach § 152 SGB IX feststellen kann (Verarbeitungszweck i.S.d. Artikel 13 Absatz 1 Buchstabe c) DS-GVO).

Sie sind nach § 60 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet, das heißt, Sie müssen die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben machen und Ihre Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte geben. Feststellungen nach § 152 SGB IX können nach § 66 SGB I versagt oder entzogen werden bzw. kann der Antrag abgelehnt werden, wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Daten zur Durchführung eines Feststellungsverfahrens nach § 152 SGB IX mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden. Sofern ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt wird, erfolgt eine Speicherung Ihres Passbildes für die Dauer von bis zu sechs Jahren. Im Übrigen gelten die folgenden Speicherfristen:

- 2 Jahre (bei Tod, Antragsrücknahme oder Verzicht)
- 5 Jahre (bei Verzug aus dem Geltungsbereich des SGB IX)
- 10 Jahre (bei verbindlicher Ablehnung, GdB unter 20, Personenkreisvoraussetzungen nicht erfüllt)
- 16 Jahre (in allen anderen Fällen).

Sie können der Verarbeitung personenbezogener Daten **widersprechen** (Artikel 21 DS-GVO) oder eine vorzeitige **Löschung** der gespeicherten Daten verlangen (Artikel 17 DS-GVO).

Die Akten werden möglicherweise einem Arzt außerhalb der Verwaltung zur Begutachtung zugeleitet. Sie können einer solchen Zuleitung an Ärzte außerhalb der Verwaltung ebenfalls **widersprechen** (Artikel 21 DS-GVO).

Ihre Rechte:

- Sie können nach Maßgabe des Artikel 15 DS-GVO Auskunft über Ihre gespeicherten Daten verlangen.
- Sie können eine kostenlose Kopie dieser Daten verlangen (Artikel 15 Abs. 3 und 4 DS-GVO).
- Sie können eine Vervollständigung oder Berichtigung Ihre Daten verlangen, sofern diese unvollständig oder unrichtig sind (Artikel 16 DS-GVO).

- Jede erfolgte Berichtigung oder Vervollständigung Ihrer Daten sind von uns weiteren Empfängern mitzuteilen, sofern dies möglich und nicht mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden ist (Art 19 DS-GVO).
- Sie haben unter gewissen Voraussetzungen das Recht, die Löschung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen. Auf Artikel 17 DS-GVO wird insoweit hingewiesen.
- Sie können verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten unter bestimmten Voraussetzungen einzuschränken (Artikel 18 DS-GVO).
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird hiervon nicht berührt (Artikel 13 Abs. 2 Buchstabe c) DS-GVO).

Sofern Sie der Ansicht sind, bei der Verarbeitung Ihrer Sozialdaten in **Ihren Rechten verletzt** worden zu sein, haben Sie die Möglichkeit, sich an folgende Stellen zu wenden:

- Beauftragter für den Datenschutz beim Landratsamt:  
Herrn Magnus Welsch  
Tel.: 07351/52-6284  
Fax.: 07351/525-284  
Email: datenschutz@biberach.de
- Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg  
Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart  
Königstraße 10a, 70173 Stuttgart  
Tel.: 0711/61 55 41 – 0

Weiterhin können Sie sich an die für die Versorgungsämter in den Landratsämtern zuständige Fachaufsichtsbehörde wenden:

Regierungspräsidium Stuttgart,  
Abteilung 10.  
Landesversorgungsamt  
Ruppmannstr. 21  
70565 Stuttgart  
Telefon 0711 904-0