



Landesamt für Soziales
und Versorgung
Postfach 100123
03001 Cottbus

Antrag nach § 152 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Schwerbehindertenrecht –

☐ auf erstmalige Feststellung
☐ auf Neufeststellung wegen Verschlimmerung des Gesundheitszustandes bzw. Geltendmachung weiterer gesundheitlicher Beeinträchtigungen Bitte Aktenzeichen angeben (die letzten 8 Ziffern des Geschäftszeichens).
auf Zuerkennung von Merkzeichen
☐ 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 <u>nicht</u> erforderlich)

Sie unterstützen uns, wenn Sie den Antrag mit einem Kugelschreiber sorgfältig und vollständig in **B L O C K - S C H R I F T** ausfüllen.

Verwenden Sie dabei bitte Umlaute (ä, ö, ü, ß) und keine Umschreibung (ae, ue, oe, ss).

1. Angaben zur Person

Name			
Vorname			
Titel („Dr.“, ...)		Zusatz („von“, ...)	
Geburtsname			
Geburtsdatum		Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Straße			Hausnr. ☐
PLZ, Wohnort oder gewöhnlicher Aufenthalt			
E-Mail * (Angabe freiwillig)			
Telefon (Angabe freiwillig)			
Ich bin erwerbstätig	☐ ja ☐ nein		

*Sofern Sie Ihre E-Mail-Adresse mitteilen, können Sie an der Online-Abfrage Ihres Bearbeitungsstandes über www.lasv.brandenburg.de teilnehmen. Nähere Erläuterungen siehe Hinweise.

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)		
Angaben zum/zur		(Bitte Bestallungs-/Bestellungsurkunde bzw. Vollmacht beifügen!)	
☐ gesetzliche/r Vertreter/in	☐ Betreuer/in	☐ Bevollmächtigte/er	
Name			
Vorname			
Titel („Dr.“, ...)		Zusatz („von“, ...)	
Geschlecht	☐ weiblich	☐ männlich	☐ divers
Straße			Hausnr.
PLZ, Wohnort			
E-Mail * (Angabe freiwillig)			
Telefon (Angabe freiwillig)			

☐ Ich habe bereits einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt.
Bei folgender Verwaltungsbehörde:
Aktenzeichen:

☐ Bitte stellen Sie mir Informationsmaterial in leichter Sprache zur Verfügung.
Aufgrund meiner Sehbehinderung bitte ich darum, mir den Bescheid in einer für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden:
☐ als Großdruck ☐ in Brailleschrift (Blindenschrift)

2. Angaben zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen

2.1. Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei erstmaliger Antragstellung	
lfd. Nr.	Es sollen die nachfolgenden körperlichen, geistigen und/oder seelischen Beeinträchtigungen, die mindestens 6 Monate andauern, bei der Feststellung berücksichtigt werden:
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

* Sofern Sie Ihre E-Mail-Adresse mitteilen, können Sie an der Online-Abfrage Ihres Bearbeitungsstandes über www.lasv.brandenburg.de teilnehmen. Nähere Erläuterungen siehe Hinweise.

2.2.	Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Neufeststellungsantrag wegen Änderung
lfd. Nr.	Es sollen die nachfolgenden körperlichen, geistigen und/oder seelischen Beeinträchtigungen berücksichtigt werden, die sich seit der letzten Feststellung wesentlich verschlimmert haben und/oder sind neu hinzugetreten sind :
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

3. Angaben zu ärztlichen Behandlungen in den letzten 2 Jahren

3.1.	Hausarzt/-ärztin	
	Name (ohne Titel, z. B. „Dr.“)	
	Vorname	
	Straße, Haus-Nr.	
	PLZ, Praxisort	

3.2.	Weitere fachärztliche Behandlungen insbesondere der letzten 2 Jahre	
	Name (ohne Titel, z. B. „Dr.“)	
	Vorname	
	Straße, Haus-Nr.	
	PLZ, Praxisort	
	Fachrichtung	
	Wegen der unter 2.1 oder 2.2 angegebenen Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen) 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐	Hat Ihr/e Hausarzt/-ärztin dazu Unterlagen? ☐ ja
	Name (ohne Titel, z. B. „Dr.“)	
	Vorname	
	Straße, Haus-Nr.	
	PLZ, Praxisort	
	Fachrichtung	
	Wegen der unter 2.1 oder 2.2 angegebenen Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen) 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐	Hat Ihr/e Hausarzt/-ärztin dazu Unterlagen? ☐ ja

	Name (ohne Titel, z. B. „Dr.“)	
	Vorname	
	Straße, Haus-Nr.	
	PLZ, Praxisort	
	Fachrichtung	
	Wegen der unter 2.1 oder 2.2 angegebenen Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen) 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐	

3.3	Krankenhausbehandlungen insbesondere der letzten 2 Jahre				
	von – bis	Name und Anschrift des Krankenhauses	Abteilung/ Station	Wegen der Beeinträchtigung (Ifd. Nr. Pkt. 2)	Hat Ihr/e Hausarzt/-ärztin dazu Unterlagen?
					☐ ja
					☐ ja
					☐ ja

3.4	Kuren/Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere der letzten 2 Jahre				
	von – bis	Name und Anschrift		Wegen der Beeinträchtigung (Ifd. Nr. Pkt. 2)	Hat Ihr/e Hausarzt/-ärztin dazu Unterlagen?
		der Kureinrichtung			☐ ja
		des die Kur-/Reha-Maßnahme bewilligenden Leistungsträgers (z. B. Rentenversicherungsträger, Krankenkasse oder Unfallkasse)			
		Versicherungs-Nr.:			

3.5	Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung	
	Sind Sie pflegebedürftig und haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? ☐ ja, am _____ ☐ nein Wenn ja: ☐ Der Antrag wurde abgelehnt. ☐ Der Antrag wurde bewilligt mit Pflegegrad ab: _____ ☐ Über den Antrag wurde noch nicht entschieden.	
	Name und Anschrift der Pflegekasse:	
	Versicherungs-Nr.:	

5.2.	Übermittlung personenbezogener Daten		
	Ich nehme zur Kenntnis, dass das LASV meine personenbezogenen Daten (Art. 4 Nr. 1 Datenschutz-Grundverordnung – DSGVO), insbesondere auch Gesundheitsdaten (Art. 4 Nr. 15 DSGVO), an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Renten- und Unfallversicherungsträger) im erforderlichen und erlaubten Umfang für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben sowie an Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermitteln darf. Zur eigenen Aufgabenerfüllung darf das LASV diese personenbezogenen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, wenn und soweit dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage für die Übermittlung personenbezogener Daten sind Art. 6 und 9 DSGVO i. V. m. §§ 69 Absatz 1 Nummer 1 und 2 sowie § 76 Absatz 2 Nummer 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X). Mir ist bekannt, dass ich einer solchen Übermittlung jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widersprechen kann.		
5.3.	Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung		
	Ich bin damit einverstanden, dass das LASV von den von mir im Antrag bzw. im weiteren Verfahren <u>angegebenen</u> oder aus den <u>überlassenen</u> Unterlagen ersichtlichen Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Behörden, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten und sonstigen Personen und Stellen medizinische Unterlagen und Auskünfte in dem Umfang einholt, wie diese Aufschluss über meinen derzeitigen Gesundheitszustand geben können. Meine Einwilligung erstreckt sich auch auf psychologische, psychoanalytische und psychotherapeutische Unterlagen und Behandlungen. Die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung gilt für dieses Verfahren und für ein sich gegebenenfalls anschließendes Rechtsmittelverfahren bis zur rechtskräftigen Entscheidung. In Kenntnis dessen, entbinde ich die genannten oder aus weiteren Unterlagen ersichtlichen Ärztinnen/Ärzte und sonstigen schweigepflichtigen Personen von ihrer Schweigepflicht und willige ausdrücklich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere meiner Gesundheitsdaten, durch das LASV für den obengenannten Zweck ein. Die Information des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig ist, von mir jederzeit und ohne Angabe von Gründen beschränkt bzw. widerrufen werden kann. Eine nachträgliche Beschränkung oder ein Widerruf wirken sich allerdings nicht für die Vergangenheit, sondern nur für die Zukunft aus. Hinweis: Die Einschränkung bzw. der Widerruf der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindung hat zur Folge, dass dem LASV eine Entscheidung ohne eine Auskunft bei den vorgenannten Stellen nur nach Lage des Akteninhalts möglich ist und dies zu einem negativen Ergebnis für mich führen kann. ☐ Von meinem Recht, die vorgenannte umfassende Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zu beschränken, mache ich Gebrauch und schränke diese wie folgt ein: • Befunde dürfen nur für den Zeitraum vom _____ (Datum) bis zum _____ (Datum) eingeholt werden. • Es dürfen ausschließlich Befunde bei den folgenden Ärzten oder Einrichtungen eingeholt werden: _____ _____ • Sonstige Einschränkungen: _____ _____		
6.	Unterschrift		
	Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung der Behinderung, des Arbeitsverhältnisses (bei Grenzpendlern) und des Wohnsitzes, werde ich unverzüglich mitteilen. <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: bottom;"> _____ Name, Vorname Antragstellerin/Antragsteller </td> <td style="width: 50%; vertical-align: bottom;"> _____ Datum, Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters </td> </tr> </table>	_____ Name, Vorname Antragstellerin/Antragsteller	_____ Datum, Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters
_____ Name, Vorname Antragstellerin/Antragsteller	_____ Datum, Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters		

Information des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg zum Datenschutz

Sie werden im Folgenden entsprechend den gesetzlichen Vorschriften gemäß Art. 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) informiert:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist das

Landesamt für Soziales und Versorgung
des Landes Brandenburg,
Lipezker Str. 45, Haus 5
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-0

Fax: 0331 27548-4548

E-Mail: post@lasv.brandenburg.de

Internet: www.lasv.brandenburg.de

Das Landesamt wird vertreten durch die Präsidentin
Frau Christina Schröter.

Mit der **Datenschutzbeauftragten** des Landesamtes für
Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg
(LASV) können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen
Kontakt aufnehmen:

Landesamt für Soziales und Versorgung
Gabriele Jaron
Lipezker Str. 5, Haus 5
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-133

E-Mail: datenschutz@lasv.brandenburg.de

Ihre personenbezogenen Daten sind für folgenden **Zweck**
erforderlich:

**Durchführung des Feststellungsverfahrens nach
§ 152 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).**

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung sind Art. 6
Abs. 1 Buchstaben a und e sowie Art. 9 Abs. 2 Buchsta-
ben a und b EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-
DSGVO), § 3 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), § 5
Abs. 1 Brandenburgisches Datenschutzgesetz (BbgDSG)
und §§ 67 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben
oder keine vollständigen Angaben machen, können wir
Ihren Antrag aber möglicherweise nicht richtig bearbeiten.

Wir geben Ihre personenbezogenen Daten an Dritte wei-
ter, wenn Sie hierzu eingewilligt oder eine gesetzliche
Vorschrift eine **Datenübermittlung** ausdrücklich vorsieht.

Ihre Daten verarbeiten wir nur solange sie für den vorge-
nannten Zweck einschließlich etwaiger Rechtsbehelfs-
verfahren und kostenrechtlicher Abwicklung, zur Wahr-
nehmung der Dienst- und Fachaufsicht sowie zur Bearbei-
tung von Eingaben, Auskunftersuchen und Beschwerden,
erforderlich sind und darüber hinaus gemäß den
gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungsfristen.

Nach der EU-DSGVO haben Sie **folgende Rechte**:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlan-
gen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichti-
gen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervoll-
ständigen**, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**,
wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbe-
sondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zu-
rücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten wider-
sprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer
Daten **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere
dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu be-
richtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tat-
sächlich unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zur Über-
tragbarkeit **bereitzustellen**.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer
Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht
rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefunde-
ne Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.
- Sie können der Übermittlung Ihrer Daten durch uns an
Dritte jederzeit **widersprechen**.

Bei **Fragen oder Beschwerden** können Sie sich auch an
die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Die Landesbeauftragten für den Datenschutz und für das
Recht auf Akteneinsicht Brandenburg
Dagmar Hartge
Stahnsdorfer Damm 77
14532 Kleinmachnow

Telefon: 033203 356-0

Fax: 033203 356-49

E-Mail: poststelle@lda.brandenburg.de

Internet: www.lda.brandenburg.de

Hinweise

Zum Verbleib für Ihre Unterlagen

Allgemeine Hinweise

Übersenden Sie bitte mit dem Antragsformular alle Ihnen vorliegenden **medizinischen Unterlagen (nicht älter als 2 Jahre)** zu den von Ihnen geltend gemachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen in **Kopie** ein, **da diese nach elektronischer Erfassung vernichtet werden**. Sie ersparen uns damit Rückfragen und eine zeitaufwendige Sachverhaltsaufklärung. Ärztliche Atteste mit Diagnosen, aber ohne Angabe von Befunden, Funktionseinschränkungen und Art der Behandlung genügen in der Regel nicht als Nachweis von Behinderungen. Sofern die Angaben und Unterlagen für eine Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes nicht ausreichen, wird das Landesamt für Soziales und Versorgung mit Ihrer Einwilligung bei den von Ihnen angegebenen Ärztinnen, Ärzten und/oder medizinischen Einrichtungen Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand einholen und die dort vorliegenden Unterlagen beiziehen. Wir bitten um Verständnis, wenn dies die Bearbeitungszeit eventuell verlängert. Für diesen Zweck unterzeichnen Sie bitte die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung auf Seite 6 des Antragsformulars. Bitte gehen Sie die nachfolgende Übersicht der beispielhaft aufgeführten Unterlagen durch und fügen Sie dem Antrag **die für Sie zutreffenden Anlagen**, wenn möglich bei:

- ☐ **unterschiedene** Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung
- ☐ Vollmacht, Betreuerausweis, Betreuungsgutachten
- ☐ Kopie des Reisepasses und/oder Aufenthaltstitel
(nicht notwendig bei EU-Angehörigen oder aus Ländern Island, Liechtenstein, Norwegen)
- ☐ Arbeitsbescheinigungen des Arbeitsgebers, Arbeitserlaubnis (nur wenn Grenzarbeitnehmer/in)
- ☐ Hausarztbefunde, Facharztbefunde
- ☐ Blutzuckertagebuch oder digitale Auswertung (nur bei Diabetes mellitus)
- ☐ Krankenhausberichte, Reha-Entlassungsberichte
- ☐ Sehtest (nur bei Sehschwäche), Sprachaudiogramm (nur bei Schwerhörigkeit)
- ☐ Rentengutachten, Gutachten/Bescheid der Berufsgenossenschaft
- ☐ sonstige (Therapie-)Berichte, sonstige medizinische Unterlagen
- ☐

Hinweis zur Antragstellung

Sofern der im Antragsvordruck vorgesehene Raum nicht ausreicht, führen Sie bitte Ihre Angaben auf einem gesonderten Blatt fort. Sollten Sie Fragen zum Antrag haben, können Sie sich persönlich an Ihr zuständiges Bürgerbüro oder telefonisch an das Landesamt für Soziales und Versorgung wenden.

Bürgerbüro in Cottbus Landesamt für Soziales und Versorgung Lipezker Str. 45, Haus 6 03048 Cottbus	Bürgerbüro in Frankfurt (Oder) Landesamt für Soziales und Versorgung Robert-Havemann-Str. 4 15236 Frankfurt (Oder)	Bürgerbüro in Potsdam Landesamt für Soziales und Versorgung Zeppelinstr. 48 14471 Potsdam
Bürgerbüros: Persönliche Vorsprachen nur nach vorheriger Terminvereinbarung möglich.	Servicetelefon: 0355 2893-800 Mo, Do: 08:00 – 12:00 Uhr 13:00 – 15:00 Uhr Dienstag: 08:00 – 12:00 Uhr 13:00 – 18:00 Uhr Freitag: 08:00 – 12:00 Uhr	Fax: 0331 27548-4523 E-Mail: service@lasv.brandenburg.de Internet: www.lasv.brandenburg.de

Online-Abfrage des Bearbeitungsstandes

Auf der Internetseite des Landesamtes für Soziales und Versorgung www.lasv.brandenburg.de unter der Rubrik „Schwerbehindertenrecht“ können Sie den aktuellen Bearbeitungsstand Ihres Antrages abrufen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn Sie uns eine E-Mail-Adresse bekannt gegeben haben, ein Antrag zur Bearbeitung vorliegt und Ihnen ein Aktenzeichen mitgeteilt wurde.

Rückwirkende Feststellung

Die Feststellung ist ab dem Tag des Antragseingangs gültig. Wenn Sie ein besonderes Interesse glaubhaft machen, kann auch ein früherer Gültigkeitszeitpunkt bescheinigt werden. Das Finanzamt gewährt den Pauschbetrag nach dem Einkommensteuergesetz (EStG) bereits für das Jahr der Antragstellung, wenn die Voraussetzungen an mindestens einem Tag im Kalenderjahr vorgelegen haben.

Steuer-Identifikationsnummer

Nach dem Gesetz zur Modernisierung des Besteuerungsverfahrens vom 18.07.2016 werden Daten für die Inanspruchnahme des Behinderten-Pauschbetrages (Höhe des GdB, Merkzeichen, etc.) zukünftig ausschließlich elektronisch an die Finanzverwaltung übermittelt (der genaue Zeitpunkt steht noch nicht fest; er wird vom Bundesministerium der Finanzen festgelegt).

Dazu benötigen wir Ihre Steuer-ID, die Sie uns bereits jetzt auf freiwilliger Basis mitteilen können. Sie ist nicht zu verwechseln mit der Steuernummer beim jeweiligen Finanzamt oder der eTIN, die in der Lohnsteuerbescheinigung angegeben wird.

Mit Einführung der elektronischen Datenübermittlung haben Sie keine Möglichkeit mehr, beim Finanzamt selbst den Nachweis durch Vorlage des Schwerbehindertenausweises oder einer Bescheinigung zu erbringen.