

Sprechzeiten: Montag und Dienstag von 09.00 bis 15.00 Uhr
Donnerstag von 09.00 bis 18.00 Uhr
Freitag von 09.00 bis 13.00 Uhr

Bitte für amtliche Zwecke freihalten!
Eingangsstempel

Antrag

Zutreffendes bitte ankreuzen
Bitte in Maschinen- oder Blockschrift
ausfüllen!

- auf Feststellung des Grades der
Behinderung (GdB) und von Merkzeichen nach § 69 Abs. 1 u.4 SGB IX¹⁾
- auf Ausstellung eines Ausweises nach § 69 Abs. 5 SGB IX
- auf Neufeststellung wegen
- Verschlimmerung bestehender Behinderungen
- Hinzutreten neuer Behinderungen
- Bitte früheres Geschäftszeichen angeben: _____

Zur Bearbeitung dieses Antrages werden Sie gebeten, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten und die jeweils angegebenen Unterlagen beizufügen.

Bei unzureichend ausgefülltem Antrag können Nachfragen erforderlich sein, die die Antragsbearbeitung verzögern.

I. Angaben zur Person

Familienname (ggf. Geburtsname)	Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
---------------------------------	---------	--

Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Sind Sie berufstätig: <input type="checkbox"/> ja Tätigkeit:
--------------	---------------------	---

Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
--------------------	-------------------

Telefon	Fax	E-Mail
---------	-----	--------

II. Bevollmächtigter, gesetzlicher Vertreter, Betreuer (bitte Bestattungsurkunde bzw. Vollmacht in Kopie beifügen)

Familienname (ggf. Geburtsname)	Vorname
---------------------------------	---------

Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
--------------------	-------------------

Ausländer bitte amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltstitel bzw. –gestattung beifügen.

Sollte dies nicht möglich sein, bitte nebenstehende Bescheinigung vollziehen lassen.

Der Antragsteller hält sich rechtmäßig im Land Berlin auf.

- Visum, befristet bis _____
 Aufenthaltserlaubnis, befristet bis _____
 Niederlassungserlaubnis (unbefristet)
 Der Aufenthalt ist nur zur Durchführung des Asylverfahrens gestattet und befristet bis _____

Landesamt für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten
- Ausländerbehörde -
Im Auftrag

(Datum, Stempel, Unterschrift)

¹⁾ Neuntes Buch Sozialgesetzbuch

6. Ärztliche Behandlung wegen einer Behinderung in den letzten 3 Jahren

a) Hausarzt Name / Anschrift / Telefon / Fax _____ _____ Sie können die Dauer des Verfahrens beeinflussen. Fragen Sie bitte bei Ihrem Hausarzt nach, ob dort Befunde der von Ihnen nachstehend angegebenen Fachärzte bzw. Krankenhaus- oder Kurentlassungsberichte vorliegen.	Behandlungszeitraum: von/bis _____
b) Facharzt für: (bitte Fachrichtung nennen) Name / Anschrift / Telefon / Fax _____ _____ _____	Behandlungszeitraum: von/bis _____ Unterlagen befinden sich beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Behandlungszeitraum: von/bis _____ Unterlagen befinden sich beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Behandlungszeitraum: von/bis _____ Unterlagen befinden sich beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7. Krankenhausbehandlung wegen einer bestehenden Behinderung in den letzten 3 Jahren

a) Name / Anschrift _____ Station / Abteilung / Aufnahme-Nr. Wegen welcher Leiden? _____	Behandlungszeitraum: von/bis _____ Unterlagen befinden sich beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Name / Anschrift _____ Station / Abteilung / Aufnahme-Nr. Wegen welcher Leiden? _____	Behandlungszeitraum: von/bis _____ Unterlagen befinden sich beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8. Kurbehandlung/Reha-Behandlung wegen einer bestehenden Behinderung in den letzten 3 Jahren

Name / Anschrift der Kuranstalt / des Kostenträgers _____ Aktenzeichen Wegen welcher Leiden? _____	Behandlungszeitraum: von/bis _____ Unterlagen befinden sich beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--

9. Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

Name, Anschrift	Versicherten-Nummer
_____	_____

10. Erhalten Sie Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz oder nach dem Berliner Gesetz über Pflegeleistungen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt, über den bisher nicht oder abschlägig entschieden worden ist?

Ja Pflegestufe: _____ seit: _____ Nein

ggf. Aktenzeichen: _____ Pflegekasse / Bezirksamt: / (Anschrift) _____

IV. Angaben über frühere Feststellungen

1. Wurde von einem Versorgungsamt oder von einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Entschädigungsbehörde, Berufsgenossenschaft) oder einem Gericht bereits eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der MdE nach einem der nachstehenden Gesetze getroffen oder besitzen Sie eine vorläufige Bescheinigung von einer anderen Stelle oder läuft ein entsprechendes Verfahren?

- Nein** **Ja, nach dem / den** **Schwerbehindertengesetz/SGB IX**
- Bundesversorgungsgesetz Beamten- oder Soldatenversorgungsgesetz Strafrechtl. Rehabilitierungsgesetz
- Häftlingshilfegesetz Zivildienstgesetz Verw.rechtl. Rehabilitierungsgesetz
- Infektionsschutzgesetz Bundesentschädigungsgesetz Unterstützungsabschlussgesetz
- Opferentschädigungsgesetz Vorschriften über die Anerkennung von Unfallfolgen oder Berufskrankheiten

Für folgende Behinderungen:	Verwaltungsbehörde, Sozialversicherungsträger (bitte die genaue Bezeichnung angeben)	Geschäftszeichen
s. III, 1. Buchst.: _____	_____	_____
s. III, 1. Buchst.: _____	_____	_____
s. III, 1. Buchst.: _____	_____	_____

Bitte gegebenenfalls Feststellungsbescheide oder -unterlagen beifügen!

2. Falls Sie im Besitz eines Anerkennungsbescheides nach Ziffer IV Nr. 1 sind, wird ein Feststellungsverfahren nur durchgeführt, wenn Sie darüber hinaus weitere Behinderungen oder sonst ein Interesse an einer Feststellung geltend machen (§ 69 Abs. 2 SGB IX). Gründe bitte nachstehend angeben.

Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass in dem durch meinen Antrag nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) eingeleiteten Verwaltungsverfahren und einem sich evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren bei den von mir benannten Ärzten, Psychologen, Krankenanstalten (auch private), gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden die notwendigen Auskünfte und Unterlagen, **auch soweit sie von anderen Ärzten und Stellen erstellt sind**, von der Versorgungsverwaltung angefordert werden können.

Ich stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren ausdrücklich zu und entbinde die beteiligten Personen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass die von mir genannten behandelnden Ärzte im Zusammenhang mit einer Anforderung von ärztlichen Unterlagen von dem/den geltend gemachten Antragsleiden Kenntnis erhalten.

Folgende Ärzte und Einrichtungen schließe ich von dieser Einwilligung aus: _____

Berlin, den _____

(Unterschrift des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters bzw. Betreuers) - ggf. Betreuerausweis beifügen -

V. Allgemeines

Die von Ihnen erbetenen Angaben (Daten) werden für die Bearbeitung Ihres Antrages benötigt.

Rechtsgrundlage für die Datenerhebung, -verarbeitung, -nutzung und -speicherung sind die §§ 67 a - c des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch i. V. m. §§ 69/131 SGB IX. Der Schutz Ihrer Sozialdaten ist gewährleistet. Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, dürfen für die Erfüllung gesetzlicher sozialer Aufgaben offenbart werden, falls Sie nicht ausdrücklich widersprechen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X). Wer Sozialleistungen beantragt, hat gemäß § 60 Abs. 1 Nr. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Kommt derjenige, der Sozialleistungen beantragt, seinen gesetzlich vorgeschriebenen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger nach § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

Ich bitte Sie daher, die vorstehenden Fragen sorgfältig und vollständig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift - zu beantworten, sowie die anliegenden Einwilligungserklärungen ausgefüllt und unterschrieben zurückzusenden.

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, daß wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung der Behinderung, des Arbeitsverhältnisses und des Wohnsitzes werde ich unverzüglich mitteilen.

Mir ist weiterhin bekannt, dass für ärztliche Unterlagen, die ich diesem Antrag beigelegt habe, keine Kosten übernommen werden können.

_____ Berlin, den _____

(Unterschrift des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters bzw. Betreuers)

Ich bitte, dem Antrag beizufügen:
1. Ein Passbild (ca. 33 x 46 mm) Bitte mit Vor- und Nachnamen und dem Geb.-Datum versehen

Vergessen Sie bitte nicht, die beiliegenden Einwilligungserklärungen zu unterschreiben!

Familienname, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

Aktenzeichen:

Postleitzahl, Ort:

Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass in dem - durch meinen Antrag / im Rahmen der vorgesehenen Nachprüfung von Amts wegen - nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) eingeleiteten Verwaltungsverfahren und einem sich evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren bei den von mir benannten Ärzten, Psychologen, Krankenanstalten (auch private), gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden die notwendigen Auskünfte und Unterlagen, **auch soweit sie von anderen Ärzten und Stellen erstellt sind**, von der Versorgungsverwaltung angefordert werden können. Ich stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren ausdrücklich zu und entbinde die beteiligten Personen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht. Ich bin ferner damit einverstanden, dass die von mir genannten behandelnden Ärzte im Zusammenhang mit einer Anforderung von ärztlichen Unterlagen von dem/den geltend gemachten Antragsleiden Kenntnis erhalten.

Folgende Ärzte und Einrichtungen schließe ich von dieser Einwilligung aus: _____

Berlin, den _____

(Unterschrift des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters bzw. Betreuers) - ggf. Betreuerausweis beifügen -

Familienname, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

Aktenzeichen:

Postleitzahl, Ort:

Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass in dem - durch meinen Antrag / im Rahmen der vorgesehenen Nachprüfung von Amts wegen - nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) eingeleiteten Verwaltungsverfahren und einem sich evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren bei den von mir benannten Ärzten, Psychologen, Krankenanstalten (auch private), gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden die notwendigen Auskünfte und Unterlagen, **auch soweit sie von anderen Ärzten und Stellen erstellt sind**, von der Versorgungsverwaltung angefordert werden können. Ich stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren ausdrücklich zu und entbinde die beteiligten Personen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht. Ich bin ferner damit einverstanden, dass die von mir genannten behandelnden Ärzte im Zusammenhang mit einer Anforderung von ärztlichen Unterlagen von dem/den geltend gemachten Antragsleiden Kenntnis erhalten.

Folgende Ärzte und Einrichtungen schließe ich von dieser Einwilligung aus: _____

Berlin, den _____

(Unterschrift des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters bzw. Betreuers) - ggf. Betreuerausweis beifügen -