

## **WICHTIGE INFORMATIONEN UND HINWEISE**

### **zum Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht - Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)**

Die Angaben in diesem Antrag werden für die Entscheidung über die Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung und der Voraussetzungen von Nachteilsausgleichen gem. § 152 SGB IX benötigt.

Nach § 21 Abs. 2 Satz 1 des Zehnten. Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) sollen Sie bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken. Sofern Sie Ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen, kann dies zur Ablehnung Ihres Antrags führen (§§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)).

Um über Ihren Antrag nach dem SGB IX entscheiden zu können, bedarf es der Beiziehung ärztlicher Unterlagen. Diese Ermittlungen sind zeitaufwändig und verursachen Kosten. Wenn Sie Ihrem Antrag bereits in Ihrem Besitz befindliche ärztliche Unterlagen beifügen, die nicht älter als 2 Jahre sind und über die geltend gemachten Behinderungen Auskunft geben, leisten Sie einen erheblichen Beitrag zur Beschleunigung und kostengünstigen Abwicklung des Verfahrens. Die übrigen Ermittlungen, insbesondere die Beiziehung ärztlicher Befundberichte, werden vom Amt für Versorgung und Soziales durchgeführt, das auch die notwendigen Kosten im Rahmen des Justizvergütungs- und –entschädigungsgesetzes (JVEG) trägt. Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass in diesem Zusammenhang zusätzliche Honorarforderungen von Ärztinnen und Ärzten an Sie nicht zulässig sind, mit Ausnahme der Fälle, in denen Sie selbst Kopien von ärztlichen Befunden anfordern und die dadurch entstehenden Kosten von Ihnen zu tragen sind.

Die Bearbeitung von Anträgen nach dem SGB IX erfordert derzeit durchschnittlich mehrere Monate. Liegen besondere Umstände (z.B. Kündigung) vor, teilen Sie dies bitte mit. Ihr Antrag kann dann bevorzugt bearbeitet werden.

Sie leisten einen Beitrag zur effektiven Arbeit der Verwaltung, wenn Sie von Rückfragen und Erinnerungen absehen. Wir werden uns selbstverständlich bemühen, über Ihren Antrag so zeitnah wie möglich zu entscheiden und bitten Sie um Ihre Unterstützung und Ihr Verständnis. **Aus Kostengründen wird in der Regel keine Eingangsbestätigung versandt.**

Das SGB IX ermöglicht schwerbehinderten Menschen u.a. Kündigungsschutz, Anspruch auf Zusatzurlaub, auf besondere Arbeitsberatung und -vermittlung sowie eine begleitende Hilfe im Arbeitsleben, Steuererleichterungen und Rechte zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen.

Zur Geltendmachung dieser Rechte bedarf es

- a) einer Feststellung über den Grad der Behinderung (GdB) in Form eines Bescheides **und**
- b) eines Nachweises über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch durch den Grad der Behinderung und besonderer gesundheitlicher Merkmale in Form eines Ausweises.

#### **Erläuterungen zum Antragsvordruck**

##### **zu Nr. 1 (Steueridentifikationsnummer)**

***Die Übermittlung kann erst erfolgen, sobald die Steuerverwaltung die technischen Voraussetzungen geschaffen hat und das Bundesministerium der Finanzen im Einvernehmen mit den obersten Finanzbehörden der Länder im Bundesgesetzblatt den Veranlagungszeitraum bekanntgegeben hat, ab dem die Regelung des § 65 Absatz 3a EStDV erstmals anzuwenden ist.***

Die elfstellige Steuer-Identifikationsnummer, die Ihnen schriftlich vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilt wurde, ist personenbezogen und gilt ein Leben lang. Sie ist nicht zu verwechseln mit der Steuernummer beim jeweiligen Finanzamt oder der eTIN, die in der Lohnsteuerbescheinigung angegeben wird.

Das „Gesetz zur Modernisierung des Besteuerungsverfahrens“ vom 18.07.2016 (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 35, S. 1679) sieht eine künftige Datenübermittlung an die Finanzverwaltung vor. Der Steuerpflichtige kann zukünftig mit seinem Antrag auf Feststellung des Vorliegens einer Behinderung gleichzeitig seinen steuerlichen Nachweispflichten nachkommen, indem er um elektronische Weiterleitung der Feststellungen an die Finanzverwaltung bittet. Der Steuerpflichtige muss dann in der Steuererklärung den Behinderten-Pauschbetrag geltend machen, ohne hierfür einen weiteren Nachweis beifügen zu müssen. Teilt der Steuerpflichtige der für die Feststellung einer Behinderung zuständigen Stelle seine Steueridentifikationsnummer (bzw. im Fall der Übertragung nicht die Daten der Person mit Behinderung) nicht mit, kann von der Finanzverwaltung der Behinderten-Pauschbetrag nach § 33b Absatz 1 bis 3 EStG künftig nicht mehr gewährt werden. So kann der Steuerpflichtige selbst bestimmen, ob seine persönlichen Daten an die Finanzverwaltung übermittelt werden.

Die erteilte Zustimmung kann jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

### zu Nr. 3

Nach dem SGB IX können nur die Auswirkungen einer Gesundheitsstörung als Behinderungen festgestellt werden, die nicht nur vorübergehende (d.h. mehr als 6 Monate anhaltende) körperliche, geistige oder seelische Funktionsbeeinträchtigungen verursachen. Gesundheitsstörungen, die ihrer Natur nach vorübergehend sind, stellen keine Behinderungen dar. Überprüfen Sie deshalb, ob die Gesundheitsstörungen, die Sie unter Nr. 3 eintragen, auch Behinderungscharakter haben.

### zu Nr. 4

Wenn bei Ihnen bereits eine Feststellung zum Grad der Schädigungsfolgen (GdS) wie Schädigungsfolgen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht oder zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) durch eine Berufsgenossenschaft getroffen wurde oder Sie einen entsprechenden Antrag gestellt haben, stellt das Amt für Versorgung und Soziales keinen Grad der Behinderung fest. Sofern Sie Interesse an einer darüberhinausgehenden Feststellung geltend machen, weil z.B. weitere Behinderungen vorliegen oder hinzugetreten sind, können Sie dies im Antragsformular geltend machen.

### zu Nr. 5

Die Angabe Ihrer Krankenkasse benötigen wir, weil die überwiegende Mehrzahl der Arztpraxen ihre Patientenkarteien nach diesem Merkmal geordnet hat.

### zu Nr. 7

Sie können die Bearbeitungszeit verkürzen, wenn Sie angeben, welche/r der Sie behandelnden Ärztinnen und Ärzte über alle geltend gemachten Behinderungen Auskunft geben können, und ob bei anderen Dienststellen (med. Dienst der Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft, Gesundheitsamt, Sozialamt, Landeswohlfahrtsverband, Agentur für Arbeit) bereits Untersuchungen vorgenommen und/oder Gutachten erstellt wurden (siehe auch Nr. 4 und 6 des Antrags). Bitte geben Sie nur die Ärztinnen und Ärzte an, die über die unter Nr. 3 eingetragenen Gesundheitsstörungen Auskunft geben können. Wenn Sie eine Seh- und/oder Hörbehinderung, die nicht durch ein Hilfsmittel ausgleichbar ist, geltend gemacht haben, geben Sie bitte unbedingt die behandelnde Fachärztin bzw. den behandelnden Facharzt an.

### zu Nr. 8

Im Regelfall ist der Tag des Antragsübergangs für den Beginn der Feststellung maßgebend. Unter bestimmten Voraussetzungen ist auch eine rückwirkende Feststellung möglich. Dies jedoch nur, wenn ein besonderes Interesse durch den Antragsteller glaubhaft gemacht wird. Das kann die Inanspruchnahme konkreter Steuervorteile für vergangene Jahre sein, wenn Steuerbescheide innerhalb der Festsetzungsfrist von max. 4 Jahren gemäß § 169 II Abgabenordnung (AO) noch nicht bindend geworden sind; darüber hinaus in Ausnahmefällen (eine Bescheinigung hierüber erhalten Sie bei Ihrem Finanzamt). **Das Finanzamt gewährt den Pauschbetrag nach dem Einkommenssteuergesetz (EStG) grundsätzlich für das komplette Jahr der Antragstellung.** Ein besonderes Interesse kann auch bei der Möglichkeit des Bezugs einer abschlagsfreien Altersrente bestehen, wenn noch keine Altersrente bezogen wird, sie jedoch im rückwirkend beantragten Zeitraum unter Vorbehalt der Altersrente für schwerbehinderte Menschen beantragt wurde (Nachweise bitte beifügen).

### Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch

Zur Verwirklichung der Rechte nach dem SGB IX erhalten Sie auf Ihren Antrag einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch (ab GdB 50), den Grad der Behinderung und ggf. über weitere gesundheitliche Merkmale. Das Amt für Versorgung und Soziales stellt den Ausweis mit Gültigkeit ab dem Tag des Eingangs Ihres Antrags aus, wenn die Voraussetzungen hierfür vorliegen.

Mit diesem Ausweis können die Rechte nach dem SGB IX, anderen Sozialgesetzen und dem Kündigungsschutzgesetz u.a. gegenüber dem Arbeitgeber, dem Finanzamt, der Agentur für Arbeit und des Integrationsamtes beim LWV Hessen wahrgenommen werden.

Der Kündigungsschutz nach dem SGB IX, der die Kündigung seitens des Arbeitgebers von der vorherigen Zustimmung des Integrationsamtes abhängig macht, setzt in der Regel erst mit der Feststellung nach dem SGB IX durch das Amt für Versorgung und Soziales ein. Für weitere Rückfragen zum (vorsorglichen) Kündigungsschutz stehen Ihnen die Integrationsämter gerne zur Verfügung (Adresse siehe unten).

Landeswohlfahrtsverband  
Hessen  
- Integrationsamt -  
Regionalverwaltung  
Ständeplatz 6-10  
34117 Kassel  
Tel.: 0561/1004-0  
Fax: 0561/1004-2595

Landeswohlfahrtsverband  
Hessen  
- Integrationsamt -  
Regionalverwaltung  
Steubenplatz 16  
64293 Darmstadt  
Tel.: 06151/801-300  
Fax: 06151/801-234

Landeswohlfahrtsverband  
Hessen  
- Integrationsamt -  
Regionalverwaltung  
Frankfurter Str. 44  
65189 Wiesbaden  
Tel.: 0611/156-0  
Fax: 0611/156-209

Das Amt für Versorgung und Soziales ist Ihnen gerne bei der Antragstellung behilflich.

**Sie können den Antrag auch Online einreichen!**

<https://Schwerbehindertenantrag.hessen.de>

Eingangsstempel

Hessisches Amt für Versorgung und  
Soziales

**Erwerbstätig**

ja

nein

## Erstfeststellungs-/Änderungsantrag nach dem Schwerbehindertenrecht

- Neuntes Buch Sozialgesetzbuch- (SGB IX) –

**Füllen Sie bitte den Antrag sorgfältig und gut leserlich aus und unterschreiben Sie auf der letzten Seite.**

*Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Felder an.*

<b>Haben sie bereits früher einen Antrag nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) gestellt?</b>		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beim:
Versorgungsamt	Grad der Behinderung	Geschäftszeichen

### 1. Angaben zur Person

Name		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsname	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer		Telefon	
PLZ	Wohnort	E-Mailadresse	

Staatsangehörigkeit:

**Wenn Sie Ausländerin/Ausländer oder Staatenlose/Staatenloser sind, fügen Sie bitte eine Kopie des Aufenthaltstitels und des Passes bei.**

#### Steueridentifikationsnummer (siehe Infoblatt zum Antrag)

Ich bin einverstanden und beantrage die zukünftige Übermittlung der zur Inanspruchnahme des steuerlichen Behindertenpausbetrages erforderlichen Daten an die Finanzverwaltung.  ja  nein

Dann tragen Sie hier Ihre 11-stellige Steuer-ID ein.

*(Hinweis: Bei der Antragstellung für ein Kind, bitte die Steuer-ID des Kindes eintragen.)*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Gesetzliche Vertreterin/Gesetzlicher Vertreter**

**Vormund oder Betreuerin/Betreuer** (bitte Kopie der Bestallungsurkunde bzw. des Betreuerausweises beifügen)

**Bevollmächtigte/Bevollmächtigter** (bitte Vollmacht beifügen)

Name		Vorname		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer		PLZ	Wohnort			
E-Mailadresse		Telefon				

<b>2.</b>	<b>Beantragung von Merkzeichen</b>
<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Feststellung von Merkzeichen, und zwar <input type="checkbox"/> <b>G (erheblich gehbehindert)</b> <input type="checkbox"/> <b>B (Begleitperson)</b> <input type="checkbox"/> <b>aG (außergewöhnlich gehbehindert)</b> <input type="checkbox"/> <b>Bl (blind)</b> <input type="checkbox"/> <b>H (hilflos)</b> <input type="checkbox"/> <b>RF (erheblich hör- oder sehbehindert oder dauernd an Wohnung gebunden)</b> <input type="checkbox"/> <b>Gl (gehörlos)</b> <input type="checkbox"/> <b>TBI (taubblind)</b>	

<b>3.</b>	<b>Angaben zu den Gesundheitsstörungen</b>
-----------	--

**Führen Sie bitte nachstehend alle körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen auf, die als Behinderungen festgestellt werden sollen.**  
**Führen Sie bitte nur die Gesundheitsstörungen auf, die zu einer dauerhaften Beeinträchtigung Ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft führen. Akute Erkrankungen wie z.B. Erkältungs- oder Magen-Darminfekte, Kopfschmerzen stellen noch keine Behinderungen dar und sind deshalb nicht anzugeben.**

- Sofern ein **Diabetes mellitus** geltend gemacht wird, bitte das Original-Blutzuckertagebuch der letzten 2 Monate oder eine vergleichbare Dokumentation vorlegen.
- Sofern eine **Schwerhörigkeit** geltend gemacht wird, bitte, soweit vorhanden, das Hörgeräteanpassungsprotokoll vorlegen.

	Gesundheitsstörung	neu/verschlimmert
1		<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> verschlimmert
2		<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> verschlimmert
3		<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> verschlimmert
4		<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> verschlimmert
5		<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> verschlimmert
6		<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> verschlimmert
7		<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> verschlimmert
8		<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> verschlimmert
9		<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> verschlimmert

<b>4.</b>	<b>Angaben zu anderweitigen Feststellungen/Begutachtungen</b>
-----------	---

Wurde bereits eine Feststellung zum Grad der Schädigungsfolgen (GdS) wie Schädigungsfolgen nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) durch eine Berufsgenossenschaft getroffen, oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?  
Bei welchen anderen Stellen befinden sich noch ärztliche Unterlagen oder Gutachten, die Auskunft über die geltend gemachten Gesundheitsstörungen geben können (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Betreuungsgericht usw.)?  
**(Bitte fügen Sie Ihnen vorliegende Gutachten oder Bescheide in Kopie bei.)**

Name und Anschrift	Geschäftszeichen	GdS/ MdE	Datum letzte Feststellung/ Untersuchung	wegen Nr. (Seite 2)

<b>5.</b>	<b>Bei welcher Krankenkasse sind Sie derzeit versichert?</b>
-----------	--

Name der Krankenkasse
-----------------------

6. Beziehen Sie eine der folgenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?		
1	Beziehen Sie <b>Leistungen von der Pflegekasse</b> oder Pflegegeld nach dem SGB XII? Wenn ja: Nach welchem Pflegegrad? Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Datum letzte Untersuchung: (Bitte fügen Sie den aktuellen <b>Pflegegeldbescheid</b> bei und (soweit verfügbar) ergänzen Sie ihn durch das aktuelle <b>Pflegegutachten</b> .)	
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">Pflegekasse/-versicherung und Anschrift</td> <td>Geschäftszeichen/Versicherungsnummer</td> </tr> </table>	Pflegekasse/-versicherung und Anschrift
Pflegekasse/-versicherung und Anschrift	Geschäftszeichen/Versicherungsnummer	
2	Beziehen Sie <b>Blindengeld</b> oder <b>Blindenhilfe</b> (Bitte Leistungsbescheid beifügen)	
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">Blindengeldstelle und Anschrift</td> <td>Geschäftszeichen</td> </tr> </table>	Blindengeldstelle und Anschrift
Blindengeldstelle und Anschrift	Geschäftszeichen	

7. Angaben zu ärztlichen Behandlungen während der letzten 2 Jahre				
	Name und Anschrift	Fachrichtung	Letzte Behandlung	Wegen Nr. (Seite 2)
Hausärztin/ Hausarzt				
Fachärztin/ Facharzt				

	Name und Anschrift	Station	Zeitraum	Wegen Nr. (Seite 2)
Kranken- häuser				
Reha-/ Kurkliniken				

**8. Abweichender Zeitpunkt der Feststellung**

Die Feststellung erfolgt nur rückwirkend, wenn ein besonderes Interesse - wie Steuervorteile für vergangene Jahre (i.d.R. max. 4 Jahre) oder eine beantragte Altersrente für schwerbehinderte Menschen - glaubhaft gemacht wird und entsprechende Nachweise vorgelegt werden. Bitte beachten Sie die Hinweise im Infoblatt zu Nr. 8.

Ich beantrage die rückwirkende Feststellung ab  
Grund:

**Übermittlung von Sozialdaten an andere Leistungsträger**

Die im Rahmen der Feststellungsverfahren nach dem SGB IX von Ärztinnen und Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen über Sie können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger weitergegeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Damit soll das Verwaltungsverfahren bei den unterschiedlichen Sozialleistungsträgern vereinfacht werden. Sofern Sie mit einer solchen Übermittlung nicht einverstanden sind, können Sie der Übermittlung vorab widersprechen.

**Ich widerspreche der Übermittlung entsprechender Daten an andere Sozialleistungsträger.**

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung einer Behinderung nach dem SGB IX (vormals: Schwerbehindertengesetz (SchwbG)); gestellt habe. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere eine wesentliche Änderung der als Behinderungen geltend gemachten Gesundheitsstörungen und einen Wohnsitzwechsel werde ich unverzüglich mitteilen.

**Einwilligungserklärung gem. §§ 67, 100 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch**

Ich bin damit einverstanden, dass das Hessische Amt für Versorgung und Soziales die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag genannten Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Krankenanstalten, Behörden, Gerichten, Schulen, sozialen Einrichtungen, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen geführten medizinischen, psychiatrischen, psychoanalytischen und psychotherapeutischen Unterlagen, insbesondere Entlassungs- und Zwischenberichte, Entwicklungsberichte, Befundberichte, Röntgenbilder in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden Behinderungen geben können. Unterlagen, die diese Ärztinnen/Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärztinnen und Ärzten und Einrichtungen erhalten haben, sind eingeschlossen. Die Einverständniserklärung bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen. Ich entbinde die beteiligten Ärztinnen und Ärzte oder Stellen insoweit von der Schweigepflicht. Falls ich diese Einwilligungserklärung einschränken will, werde ich eine gesonderte Erklärung abgeben. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

**Bitte übersenden Sie alle ärztlichen Unterlagen der letzten 2 Jahre, die sich in Ihren Händen befinden und die die als Behinderungen geltend gemachten Gesundheitsstörungen betreffen. Sie tragen damit zu einer Verkürzung der Bearbeitungszeit bei.**

**Hinweis zur Datenschutz-Grundverordnung: Ich bestätige mit meiner Unterschrift auch die Kenntnisnahme des Hinweisblattes zum Datenschutz (DSGVO).**

Ort, Datum

Unterschrift

Anlagen/Sonstige Bemerkungen:

**Hinweise zum Datenschutz gem. Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Verordnung (EU) 2016/679)****- gültig ab 25.05.2018 –**

- Zum Verbleib bei der Antragstellerin / dem Antragsteller -

Die nachfolgenden Informationen sind Ihnen gemäß Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO- Verordnung (EU) 2016/679) bei Erhebung der personenbezogenen Daten mitzuteilen:

**1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen sowie des behördlichen Datenschutzbeauftragten**

Die Durchführung der Feststellungsverfahren nach dem SGB IX obliegt dem für Ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständigen Hessischen Amt für Versorgung und Soziales (HAVS). Jede dieser Einrichtung hat auch einen Datenschutzbeauftragten. Die zuständige Stelle für die Erhebung der Daten im Rahmen des Feststellungsverfahrens nach dem SGB und mithin Verantwortlicher im Sinne der Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung sind die nachfolgend genannten Stellen:

**HAVS Darmstadt:**

Schottener Weg 3, 64289 Darmstadt

Telefon 06151 738-0 (Zentrale), Fax 0611 327644930

E-Mail: [poststelle@havs-dar.hessen.de](mailto:poststelle@havs-dar.hessen.de)E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: [datenschutz@havs-dar.hessen.de](mailto:datenschutz@havs-dar.hessen.de)**HAVS Frankfurt am Main:**

Walter-Möller- Platz 1, 60439 Frankfurt am Main

Telefon 069 1567-1 (Zentrale), Fax: 0611 327644893

E-Mail: [post@havs-fra.hessen.de](mailto:post@havs-fra.hessen.de)E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: [datenschutz@havs-fra.hessen.de](mailto:datenschutz@havs-fra.hessen.de)**HAVS Fulda:**

Washingtonallee 2, 36041 Fulda

Telefon 0661 6207-0 (Zentrale), Fax: 0611 327644915

E-Mail: [postmaster@havs-ful.hessen.de](mailto:postmaster@havs-ful.hessen.de)E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: [datenschutz@havs-ful.hessen.de](mailto:datenschutz@havs-ful.hessen.de)**HAVS Gießen:**

Südanlage 14 a, 35390 Gießen

Telefon 0641 7936-0 (Zentrale), Fax 0641 7936117

E-Mail: [postmaster@havs-gie.hessen.de](mailto:postmaster@havs-gie.hessen.de)E-Mail Datenschutzbeauftragter: [datenschutz@havs-gie.hessen.de](mailto:datenschutz@havs-gie.hessen.de)**HAVS Kassel:**

Mündener Str. 4, 34123 Kassel

Telefon 0561 2099-0 (Zentrale), Fax 0561 2099240

E-Mail: [poststelle@havs-kas.hessen.de](mailto:poststelle@havs-kas.hessen.de)E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: [datenschutz@havs-kas.hessen.de](mailto:datenschutz@havs-kas.hessen.de)**HAVS Wiesbaden:**

Mainzer Straße 35 (Zugang über Lessingstraße), 65185 Wiesbaden

Telefon 0611 7157-0 (Zentrale), Fax 0611 327644888

E-Mail: [poststelle@havs-wie.hessen.de](mailto:poststelle@havs-wie.hessen.de)E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: [datenschutz@havs-wie.hessen.de](mailto:datenschutz@havs-wie.hessen.de)**2. Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung**

Die Erhebung der personenbezogenen Daten ist notwendig, um über den Feststellungsantrag nach § 152 SGB IX entscheiden zu können (§ 152 SGB IX, § 67a SGB X).

**3. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten**

Ihre personenbezogenen Daten werden folgendermaßen weiterverarbeitet und an weitere zuständige Stellen übermittelt:

Ihre personenbezogenen Daten werden im Verfahren zur Feststellung nach § 152 SGB IX gespeichert und im Rahmen der Sachverhaltsaufklärung an Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie an Gutachterinnen und Gutachter, private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Einrichtungen, Gerichte und Sozialleistungsträger übermittelt, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist (§ 67b Abs.1 SGB X).

Die von dem Hessischen Amt für Versorgung und Soziales erhobenen Daten werden in der von der Hessischen Zentrale für Datenverarbeitung (HZD) betriebenen zentralen Datenbank im Rahmen der Auftragsdatenverwaltung gespeichert und weiterverarbeitet (§ 67c SGB X).

Das Regierungspräsidium Gießen als Fachaufsichtsbehörde für die Durchführung des SGB IX in Hessen hat zur Wahrnehmung seiner Aufgaben Leserechte in der Datenbank.

Medizinische Gutachterinnen und Gutachter, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen Begutachtung bzw. mit der Auswertung der medizinischen Unterlagen beauftragt worden sind, erhalten Zugang über die erhobenen Daten zu Ihrer Gesundheit.

Medizinische Auskünfte und Unterlagen, die die Verwaltung im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB IX über Sie erhalten hat, dürfen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung der betroffenen Leistungsträger erforderlich ist (§§ 69 Abs.1, 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Dieser Datenübermittlung an andere Sozialleistungsträger kann von Ihnen jederzeit widersprochen werden.

#### **4. Quellen der personenbezogenen Daten**

Medizinische Auskünfte und Unterlagen werden entsprechend Ihrer Einwilligungserklärung von Ihren behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen, Psychologen, Psychotherapeuten sowie von Gutachtern, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Einrichtungen und Gerichten eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist.

#### **5. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten**

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der Aufbewahrungsfristen für die Aufgabenerfüllung nach dem SGB IX erforderlich ist. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt die Löschung der Daten.

#### **6. Betroffenenrechte**

Wenn im jeweiligen Einzelfall die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, haben betroffene Personen nach der Datenschutz-Grundverordnung folgende Rechte:

- Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO)
- Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO)
- Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO)

#### **7. Beschwerderecht**

Die Berechtigten auf Durchführung eines schwerbehindertenrechtlichen Feststellungsverfahrens in Hessen haben zur Gewährleistung einer fairen und transparenten Datenverarbeitung ein Beschwerderecht. Zuständig hierfür ist:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden  
Telefon: 06 11/14 08-0  
Telefax: 06 11/14 08-611  
E-Mail: [poststelle@datenschutz.hessen.de](mailto:poststelle@datenschutz.hessen.de)  
Homepage: <http://www.datenschutz.hessen.de>

#### **8. Bereitstellung der personenbezogenen Daten**

Wer Sozialleistungen beantragt, muss nach den §§ 60 ff. SGB I alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen angeben und die verlangten Nachweise vorlegen. Sollten Sie die notwendigen Informationen nicht bereitstellen wollen, kann über Ihren Antrag nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden.

#### **9. Widerrufsrecht bei Einwilligung**

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Verantwortlichen durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft beim Verantwortlichen widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

#### **10. Weiterverarbeitung zu anderen Zwecken**

Ist beabsichtigt, Ihre personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterzuverarbeiten als den, für den sie im Antragsverfahren erhoben wurden, so stellt der Verantwortliche Ihnen vor dieser Weiterverarbeitung Informationen über diesen anderen Zweck und alle anderen maßgeblichen Informationen zur Verfügung.