

Änderungsantrag nach dem Schwerbehindertenrecht - Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) -

Hinweise:

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 X. Buches Sozialgesetzbuch sollen Sie bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken. Sofern Sie Ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen, kann dies zur Ablehnung Ihres Antrags führen (§§ 60 ff. I. Buch Sozialgesetzbuch).

x Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Felder an.

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

Erwerbstätig ja nein

Ich beantrage wegen

- Verschlimmerung der bisher festgestellten Behinderung/en neu hinzugetretener Behinderung/en
- die Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB)
- die Feststellung von Merkzeichen, und zwar
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> G (erheblich gehbehindert) | <input type="checkbox"/> B (Begleitperson) | <input type="checkbox"/> aG (außergewönl. gehbehindert) |
| <input type="checkbox"/> BI (blind) | <input type="checkbox"/> TBI (taubblind) | <input type="checkbox"/> RF (erhebl. hör- oder sehbehindert, oder dauernd an Wohnung gebunden) |
| <input type="checkbox"/> GI (gehörlos) | <input type="checkbox"/> H (hilflos) | |

Zur Begründung meines Antrags mache ich nachstehende Angaben; sie beziehen sich auf die Zeit nach der letzten Feststellung durch den Bescheid des Versorgungsamtes vom

Name	Vorname
Geburtsdatum, -ort	
Steueridentifikationsnummer (Hinweise: s. Blatt 3)	
Straße, Hausnummer	
PLZ	Wohnort

- Gesetzliche/r Vertreter/in**
- Vormund oder Betreuer/in** (bitte Kopie der Bestallungsurkunde bzw. des Betreuerausweises beifügen)
- Bevollmächtigte/r** (bitte Vollmacht beifügen)

Name	Vorname	<input type="checkbox"/> männl.	<input type="checkbox"/> weibl.
Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort	

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

Die folgenden der im letzten Bescheid des Versorgungsamtes bereits festgestellten Behinderungen haben sich geändert:

Die folgenden Gesundheitsstörungen sind seit der letzten Feststellung des Versorgungsamtes hinzugetreten:

Bei welchen anderen Stellen befinden sich (ärztliche) Unterlagen über die verschlimmerten bzw. neu hinzugetretenen Behinderungen? **Bitte zutreffendes ankreuzen und Anschrift und Geschäftszeichen angeben.**

Gutachten aus den letzten 2 Jahren

z. B. Berufsgenossenschaft, Sozialversicherung, Gesundheitsamt, Agentur für Arbeit, Schule etc.

Stelle	Anschrift	Aktenzeichen	Datum d. Untersuchung

Pflegeversicherung

Beziehen Sie Leistungen der Pflegekasse? Wenn ja, nach welchem Pflegegrad? Seit wann?

Pflegekasse/-versicherung	Anschrift	Versicherungsnummer	Datum d. Untersuchung

Bitte fügen Sie den aktuellen Pflegegeldbescheid bei.

Falls in Ihren Händen, bitte ergänzen Sie ihn durch das aktuelle Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK).

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

Angaben zu ärztlichen Behandlungen seit der letzten Feststellung:

	Name/Bezeichnung und Adresse (bei <u>Gemeinschaftspraxen</u> bitte die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt angeben)	Wegen welcher der genannten Gesundheitsstörungen wurden Sie behandelt?	Zusatzangaben
Hausärztin/ Hausarzt	Straße Ort		Von welchen Fachärzten/innen, Krankenhäusern und Kurkliniken hat der/die Hausarzt/ärztin Unterlagen?
Fachärztin/ Facharzt	Straße Ort		Fachgebiet: zuletzt behandelt: Monat/Jahr
	Straße Ort		Fachgebiet: zuletzt behandelt: Monat/Jahr
Kranken- häuser, Kliniken, Reha- Kliniken	Straße Ort		Station/Abteilung: Zeitraum: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär

Kurklinik	Straße		Kostenträger:
	Ort		Zeitraum:
			GZ.:

Ich bin - war - krankenversichert bei:
Name der Krankenkasse

Einwilligungserklärung gem. §§ 67, 100 X. Buch 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/Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen geführten medizinischen, psychiatrischen, psychoanalytischen und psychotherapeutischen Unterlagen, insbesondere Entlassungs- und Zwischenberichte, 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/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 Ärzte und Ärztinnen insoweit von der Schweigepflicht. Falls ich diese Einwilligungserklärung einschränken will, werde ich eine gesonderte Erklärung abgeben.

Zukünftige Übermittlung von Daten an die Finanzverwaltung

Ich beantrage die zukünftige Übermittlung der zur Inanspruchnahme der steuerlichen Behindertenpauschbeträge erforderlichen Daten an die Finanzverwaltung.

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. Wird von seitens des Antragstellers der für die Feststellung einer Behinderung zuständigen Stelle seine Steueridentifikationsnummer (bzw. im Fall der Übertragung, die Daten der behinderten Person) nicht mitgeteilt, kann von der Finanzverwaltung der Behinderten-Pauschbetrag nach § 33b Absatz 1 bis 3 EStG künftig nicht mehr gewährt werden. So kann der Antragsteller selbst bestimmen, ob seine persönlichen Daten an die Finanzverwaltung übermittelt werden.

Übermittlung von Sozialdaten an andere Leistungsträger

Die im Rahmen der Feststellungsverfahren nach dem SGB IX von Ärztinnen/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.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in
------------	---

Anlagen: