

Postanschrift: Postfach 31 09 29, 10639 Berlin

Eingangsstempel

Antrag

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

Bitte früheres Geschäftszeichen angeben: _____

Wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten und die jeweils angegebenen Unterlagen beizufügen, da anderenfalls zeitaufwendige Nachfragen nötig werden.

Bitte in Blockschrift ausfüllen! Zutreffendes bitte ankreuzen!

I. Angaben zur Person

Familiennamen (ggf. auch Geburtsnamen)	Geburtsdatum
Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Straße, Hausnummer	Postleitzahl Berlin
Telefon	Fax
E-Mail	
Ich bin berufstätig <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, als	Staatsangehörigkeit

II. Bevollmächtigte, gesetzliche Vertreter, Betreuer (bitte Bestallungsurkunde bzw. Vollmacht in Kopie beifügen)

Familiennamen, Vorname	
Anschrift	Tel.:

Ausländische Mitbürger/innen fügen bitte, eine amtliche Bescheinigung über den Aufenthaltstitel bzw. – gestattung oder eine Kopie der entsprechenden Seite des Passes bei.

Sollte dies nicht möglich sein, bitte die nebenstehende Bescheinigung vom Landesamt für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten (LABO) einholen.

Betreffende/r 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)

KundenCenter im Versorgungsamt Tel.: 90229-64 64 (Mo-Fr 7-19 Uhr)

Sächsische Straße 28, 10707 Berlin
Sprechzeiten: Montag und Dienstag 09.00 bis 15.00 Uhr
Donnerstag 09.00 bis 18.00 Uhr
Freitag 09.00 bis 13.00 Uhr

Verkehrsverbindungen:

U7/U3 bis Fehrbelliner Platz (Aufzug)
Bus: 104, 110, 115
bis Fehrbelliner Platz

III. Angaben über die Behinderungen und deren Behandlungen

Hinweis:

Eine Behinderung i.S.d. Gesetzes liegt nur dann vor, wenn diese länger als 6 Monate besteht.

Wenn Sie aktuelle **Unterlagen** über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Krankenhausbericht, Kurentlassungsbericht, EKG, Labor- und Röntgenbefunde - keine Röntgenbilder -) **haben**, fügen Sie diese bitte dem Antrag in **Kopie** bei !

Dadurch können Sie zur Beschleunigung des Verfahrens beitragen. Kosten hierfür können nicht ersetzt werden.

Behinderungen / Leiden

1. Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen/ Leiden bestehen bei Ihnen? Bitte geben Sie nur Behinderungen an, die bei der Feststellung berücksichtigt werden sollen und bei Neufeststellung nur die Behinderungen, die sich verschlimmert haben bzw. neu hinzugekommen sind.	Name des behandelnden Arztes	Ursachen, z.B. Unfall, Arbeitsunfall, angeborenes Leiden, Krankheit, Kriegsleiden
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		
g)		

Hilfsmittel / Beschwerden

2. Infolge Ihrer Behinderungen/Leiden haben Sie welche Beschwerden ? Welche orthopädischen Hilfsmittel benutzen Sie?

Merkzeichen

3. Infolge Ihrer Behinderungen / Leiden sind Sie Ihrer Meinung nach
<input type="checkbox"/> zur Mitnahme einer Begleitperson bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln berechtigt (B) .
<input type="checkbox"/> erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (G) .
<input type="checkbox"/> außergewöhnlich gehbehindert (aG) , weil Sie sich nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb eines Fahrzeugs bewegen können (z. B. weil Sie querschnittsgelähmt, doppelbeinamputiert oder Rollstuhlfahrer sind).
<input type="checkbox"/> wegen der Notwendigkeit dauernder Pflege in erheblichem Umfang hilflos (H) .
<input type="checkbox"/> ständig gehindert , an öffentlichen Veranstaltungen jeder Art teilzunehmen oder stark sehbehindert bzw. stark hörbehindert (RF) .
<input type="checkbox"/> blind (BL) .
<input type="checkbox"/> gehörlos (GL) .

SonderFahrDienst

4. Möchten Sie schon vor der Entscheidung des Versorgungsamtes über das Merkmal „T“ den SonderFahrDienst nutzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Voraussetzung: Sie sind Rollstuhlfahrer/in bzw. auf einen Rollator oder ähnliches angewiesen, für den eine Krankenkasse oder ein anderer Leistungsträger aufgrund einer ärztlichen Verordnung die Kosten übernommen hat. (Bitte Bewilligungsnachweis beifügen)
Diese Nutzung ist bis zur <u>ersten</u> Bescheiderteilung befristet. (Bei Ablehnung des Merkmals „T“ ist eine Nutzung des Sonderfahrdienstes nur noch vier Wochen ab Bescheidatum möglich).

5. Ärztliche Behandlungen wegen einer Behinderung in den letzten 3 Jahren

Hausarzt	
Name, Anschrift:	Behandlungszeitraum: von/bis
Telefon, Fax:	

Fachärzte (bitte Fachrichtung benennen)	
1) Name, Anschrift	Behandlungszeitraum: von/bis
Telefon, Fax	Unterlagen befinden sich beim Hausarzt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2) Name, Anschrift	Behandlungszeitraum: von/bis
Telefon, Fax	Unterlagen befinden sich beim Hausarzt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3) Name, Anschrift	Behandlungszeitraum: von/bis
Telefon, Fax	Unterlagen befinden sich beim Hausarzt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

6. Krankenhausbehandlung wegen einer Behinderung in den letzten 3 Jahren?	
Krankenhaus, Name, Anschrift:	Behandlungszeitraum: von/bis
Station, Behandlungsgrund:	Unterlagen befinden sich beim Hausarzt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankenhaus, Name, Anschrift:	Behandlungszeitraum: von/bis
Station, Behandlungsgrund:	Unterlagen befinden sich beim Hausarzt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7. Kurbehandlung / Reha-Behandlung wegen einer Behinderung in den letzten 3 Jahren?	
Kuranstalt / Kostenträger, Name, Anschrift:	Behandlungszeitraum: von/bis
Aktenzeichen, Behandlungsgrund:	Unterlagen befinden sich beim Hausarzt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8. Wurden Sie in den letzten 3 Jahren von einer anderen Stelle untersucht, z.B. Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft, Agentur für Arbeit, Medizinischer Dienst der Krankenkassen oder sonstige?		
<input type="checkbox"/> ja am: 	Stelle, Anschrift:	Aktenzeichen:

9. Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?	
Name, Anschrift:	Versicherungs-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?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Pflegestufe:	seit:
Pflegekasse/Bezirksamt, Anschrift:		Pflegegeld-Aktenzeichen:

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?

Hinweis:

Bitte gegebenenfalls Anerkennungs- / Feststellungsbescheide oder –unterlagen in Kopie beifügen!

Bitte **Geschäftszeichen** angeben:

Nein

Ja, nach dem / den

Schwerbehindertengesetz /SGB IX

Bundesversorgungsgesetz

Häftlingshilfegesetz

Infektionsschutzgesetz

Opferentschädigungsgesetz

Vorschriften über die Anerkennung von Unfallfolgen oder Berufskrankheiten

Soldatenversorgungs-/Zivildienstgesetz

Bundesentschädigungsgesetz

Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz

Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz

Unterstützungsabschlussgesetz

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:

V. Einwilligungserklärung

Hinweis:

Die diesem Antrag beiliegenden Einwilligungserklärungen bitte ebenfalls ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden. Sie werden zur Anforderung von Unterlagen den von Ihnen genannten Stellen übersandt.

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 (Antragsteller/in oder gesetzliche Vertretung bzw. Betreuung)

VI. Allgemeines und Rechtsgrundlagen

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.

VII. Zusicherung

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 beigefügt habe bzw. im Laufe des Antragsverfahrens beibringe, keine Kosten übernommen werden können.

Berlin, den _____

Unterschrift (Antragsteller/in oder gesetzliche Vertretung bzw. Betreuung)

Bitte dem Antrag beifügen:

Ein Passbild (ca.33 x 46 mm). Bitte auf der Rückseite 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 -