



**7 Erhalten Sie Leistungen der Pflegeversicherung?**

ja  nein Falls nein, haben Sie Pflegeleistungen beantragt?  ja  nein

Wenn ein Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durchgeführt worden ist oder wird, geben Sie bitte an:

Anschrift des Leistungsträgers (z.B. Pflegekasse)

Geschäftszeichen des Verfahrens

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pflegegrad: I  II  III  IV  V

**8**

**Welche Behinderungen machen Sie neu geltend? Welche Behinderungen haben sich verschlimmert?**

Sofern Sie insulinpflichtigen „Diabetes melitus“ geltend machen, wird um Vorlage des **Blutzuckertagebuches** gebeten (mindestens 3 Monate durchgehend geführt / nur Originale).

**Wann ist die Behinderung aufgetreten?**

**Ursachen (z.B. angeborenes Leiden, Arbeits-, Verkehrs-, häuslicher Unfall, Berufskrankheit, Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigung, Impfschaden, Folgen einer Gewalttat)**

a)	_____	_____	_____
b)	_____	_____	_____
c)	_____	_____	_____
d)	_____	_____	_____
e)	_____	_____	_____
f)	_____	_____	_____

Sollen bei der Feststellung auch solche von Ihnen oben nicht angegebenen Behinderungen berücksichtigt werden, die erst im Laufe dieses Verfahrens (z.B. durch angeforderte Arztberichte) dem Landesamt für Soziales bekannt werden?

ja  nein

Wenn der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt!

**9**

**Krankenhausbehandlungen wegen der geltend gemachten Behinderungen in den letzten zwei Jahren**

von - bis	Name, Anschrift des Krankenhauses	Abteilung/ Station	wegen welcher Behinderung
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Kur- und Rehabehandlungen wegen der geltend gemachten Behinderungen in den letzten zwei Jahren**

von - bis	Name, Anschrift der Kuranstalt / Rehaklinik und des Kostenträgers	wegen welcher Behinderung

**Sonstige ärztliche Behandlungen wegen der geltend gemachten Behinderungen in den letzten zwei Jahren**

von - bis	Name, Anschrift des behandelnden Arztes, Fachgebiet	wegen welcher Behinderung
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		

**10 Welcher der behandelnden Ärzte ist Ihr Hausarzt? (Bitte vollständige Adresse angeben!)**

Der Hausarzt hat  sämtliche Facharztberichte (in diesem Fall wird **nur** der Hausarzt angeschrieben).  nur die Facharztberichte zu vorstehenden Buchstaben \_\_\_\_\_

**11 Wichtiger Hinweis für die Bearbeitung Ihres Antrages**

Zur Entscheidung über Ihren Antrag auf Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) müssen Ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch ärztliche Unterlagen belegt sein.

Bitte legen Sie Ihrem Antrag zu allen geltend gemachten Behinderungen **aktuelle** Arzt- oder Krankenhausberichte etc. in **Fotokopie (bitte keine Originale und nicht älter als 2 Jahre)** bei. Sie erhalten diese Unterlagen bei Ihren behandelnden Ärzten. Die Ärzteschaft im Saarland ist über diese Verfahrensweise unterrichtet und grundsätzlich bereit, ärztliche Befunde etc. in Kopie auszuhändigen.

- anbei werden die gewünschten Unterlagen (Anzahl der Seiten: \_\_\_\_\_ ) eingereicht.
- Unterlagen können nicht besorgt werden.**

**12 Der beantragte Ausweis soll die Voraussetzungen nachweisen für die Zeit**

- ab Antragstellung  ab \_\_\_\_\_ aus welchem Grund  Steuerermäßigung  Altersrente

Wenn der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt!

# Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag nach dem SGB IX - Schwerbehindertenrecht - gestellt habe.

Änderungen der Behinderungen (im Sinne einer Besserung), des Arbeitsverhältnisses (nur bei Grenzarbeitnehmern) und des Wohnsitzes (jede Anschriftenänderung) werde ich unverzüglich mitteilen.

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesamt für Soziales bei den im Antrag angegebenen Ärzten, Krankenhäusern, Behörden, Sozialleistungsträgern (z.B. Rentenversicherungsträger, Kranken-/Pflegekasse, Berufsgenossenschaft) und privaten Kranken-/Pflegeversicherungsunternehmen Auskünfte einholt und die dort geführten Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen gefertigt worden sind) beizieht, sofern dies für die Feststellung im Schwerbehindertenrecht erforderlich ist.**

**Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte von deren Schweigepflicht.**

---

Ort

Datum

---

Unterschrift (Antragsteller/in, ggf. gesetzl. Vertreter/in oder Betreuer/in)

## Hinweise

**Die im Antragsformular verlangten Angaben sind erforderlich, damit das Landesamt für Soziales das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung nach dem SGB IX - Schwerbehindertenrecht - feststellen kann.**

Sie sind gem. § 60 Sozialgesetzbuch I (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet. Sie haben die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben mitzuteilen und Ihre Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zu geben. Die Feststellung der Behinderung kann nach § 66 SGB I versagt werden, wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen. Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegt. So können z.B. Angaben verweigert werden, die Sie der Gefahr aussetzen würden, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Daten mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden, soweit dies zur Durchführung der Aufgaben nach dem SGB IX - Schwerbehindertenrecht - erforderlich ist.

Wir weisen außerdem darauf hin, dass die Daten, die das Landesamt im Anerkennungsverfahren nach dem SGB IX - Schwerbehindertenrecht - erhebt, auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Rentenversicherungsträger) für deren gesetzliche Aufgaben sowie an externe Gutachter/-innen übermittelt werden dürfen, es sei denn, Sie widersprechen der Übermittlung (§§ 69 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 Nr. 1, 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch X).

### Anlagen

- 1.
- 2.
- 3.