Einfacher + schneller! Antrag online stellen:
https://Schwerbehindertenantrag.hessen.de !

Eingangsstempel

Hessisches Amt für Versorgung
und Soziales HAVS auswählen

Bitte den Antrag gut leserlich ausfüllen und auf der letzten Seite unterschreiben!

Erstfeststellungs-/Änderungsantrag nach dem Schwerbehindertenrecht

– Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) –

Haben Sie bereits früher einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX) gestellt?
☐ nein ☐ ja, beim Versorgungsamt: _____ Geschäftszeichen: _____ Grad der Behinderung: _____

A Angaben zur antragstellenden Person

A1

Nachname		Vorname
Geburtsdatum	Geburtsname	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

A2

Straße, Hausnummer		Telefon
PLZ	Wohnort	E-Mailadresse

A3

Staatsangehörigkeit: _____

➡ Bei Staatsangehörigkeit außerhalb eines Mitgliedstaates der EU/EWR oder Staatenlosigkeit: Bitte Kopie Ihres Aufenthaltstitels beifügen.

A4

Sind Sie erwerbstätig? ☐ ja ☐ nein

A5

Steuerfreibetrag für behinderte Menschen bei der Einkommenssteuer

ℹ Wenn Sie einen Behinderten-Pauschbetrag bei der Einkommenssteuererklärung geltend machen wollen, benötigen wir Ihre Zustimmung zur Übermittlung der steuerrechtlich relevanten Daten an das Finanzamt (z.B. Höhe des Grades der Behinderung). Ohne diese Zustimmung ist die Inanspruchnahme des Pauschbetrages bei der Einkommenssteuer nicht mehr möglich. Die Zustimmung kann jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Weitere Informationen finden Sie im Anhang.

Ich stimme zu und beantrage die Übermittlung der Daten: ☐ ja ☐ nein

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

A6

Angaben zur Vertretung (falls zutreffend)

☐ **Bei Minderjährigen: Gesetzliche Vertreterin / Gesetzlicher Vertreter**

☐ **Bevollmächtigte / Bevollmächtigter** ➡ bitte Vollmacht beifügen

☐ **Vormund oder Betreuerin / Betreuer** ➡ bitte Bestallungsurkunde oder Betreuerausweis in Kopie beifügen

Nachname	Vorname	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Straße, Hausnummer		PLZ / Wohnort
E-Mailadresse		Telefon

B Beantragung von Merkzeichen (optional)

Kreuzen Sie bitte an, welche Merkzeichen für den Schwerbehindertenausweis beantragt werden:

- ☐ **G** (erheblich gehbehindert)
- ☐ **Bl** (blind)
- ☐ **Gl** (gehörlos)
- ☐ **B** (Begleitperson)
- ☐ **H** (hilflos)
- ☐ **TBl** (taubblind)
- ☐ **aG** (außergewöhnlich gehbehindert)
- ☐ **RF** (erheblich hör- oder sehbehindert oder dauernd an Wohnung gebunden)

C Angaben zu den Gesundheitsstörungen

Beschreiben Sie bitte alle körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen, die seit **mehr als sechs Monaten bestehen** und als Behinderungen festgestellt werden sollen.
Diagnoseschlüssel sind nicht anzugeben.
ⓘ Kürzer als sechs Monate bestehende Erkrankungen können nicht berücksichtigt werden.

	Gesundheitsstörung	**neu / verschlimmert**
1		☐ neu ☐ verschlimmert
2		☐ neu ☐ verschlimmert
3		☐ neu ☐ verschlimmert
4		☐ neu ☐ verschlimmert
5		☐ neu ☐ verschlimmert
6		☐ neu ☐ verschlimmert
7		☐ neu ☐ verschlimmert
8		☐ neu ☐ verschlimmert

D Zusätzliche Unterlagen bei bestimmten Gesundheitsstörungen

Bei Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit): Führen Sie ein Blutzuckertagebuch oder ähnliche Aufzeichnungen?	☐ nein ☐ ja ➡ bitte letzte 2 Monate beifügen
Bei Migräne / Kopfschmerzen: Führen Sie einen Migränekalender oder ein Kopfschmerztagebuch?	☐ nein ☐ ja ➡ bitte letzte 2 Monate beifügen
Bei sonstigen Schmerzen: Führen Sie ein Schmerztagebuch?	☐ nein ☐ ja ➡ bitte letzte 2 Monate beifügen
Bei Schwerhörigkeit: Liegt Ihnen ein Hörgeräteanpassungsprotokoll vor?	☐ nein ☐ ja ➡ bitte beifügen
Bei Anfallsleiden: Führen Sie einen Anfallskalender?	☐ nein ☐ ja ➡ bitte beifügen
Bei Sehbehinderungen: Wurde durch den Facharzt eine Sehhilfe verordnet?	☐ nein ☐ ja ➡ bitte angeben

E Angaben zu anderweitigen Feststellungen / Begutachtungen

- Wurde bereits ein **Grad der Schädigungsfolgen (GdS)** wie Schädigungsfolgen nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder eine **Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)** durch eine Berufsgenossenschaft festgestellt, 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 (zum Beispiel Deutsche Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Betreuungsgericht usw.)?

➡ Bitte fügen Sie vorliegende Gutachten oder Bescheide in Kopie bei.

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

F Ärztliche Behandlungen zu den Gesundheitsstörungen (in den letzten 2 Jahren)

Hausärztin / Hausarzt (Name und Anschrift)

Fachärztin / Facharzt (Name und Anschrift)	Fachrichtung	Letzte Behandlung	wegen Nr. (siehe C)

Krankenhäuser und Reha-/Kurkliniken (Name und Anschrift)	Station	Zeitraum	wegen Nr. (siehe C)

G Abweichender Zeitpunkt der Feststellung (optional)

Eine rückwirkende Feststellung ist nur in besonderen Fällen möglich.

Im Regelfall ist der Tag des Antragseingangs 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). 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.

Ich beantrage die rückwirkende Feststellung ab: _____

Grund: _____

➡ bitte entsprechende Nachweise beifügen

H Verfahren bei anderen Stellen

H1

Beziehen Sie **Leistungen von der Pflegekasse** oder Pflegegeld nach dem SGB XII oder haben dies beantragt?

☐ nein

☐ ja – bitte Informationen ergänzen:

Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 Datum letzte Untersuchung: _____

Pflegekasse/-versicherung und Anschrift: _____ Geschäftszeichen/Versicherungsnummer: _____

➡ Bitte fügen Sie den aktuellen **Pflegegeldbescheid** bei und (soweit verfügbar) ergänzen Sie ihn durch das aktuelle **Pflegegutachten**.

H2

Beziehen Sie **Blindengeld** oder **Blindenhilfe** oder haben dies beantragt?

☐ nein

☐ ja – bitte Informationen ergänzen:

Blindengeldstelle und Anschrift: _____ Geschäftszeichen: _____

➡ Bitte Leistungsbescheid beifügen.

I Beigefügte Unterlagen

I1

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei (falls zutreffend):

☐ Aufenthaltstitel in Kopie (nur bei Staatsangehörigkeit außerhalb EU, Island, Liechtenstein, Norwegen oder Staatenlosigkeit – siehe A3)

☐ Vollmacht (wenn Antrag durch bevollmächtigten Vertreter gestellt wird – siehe A6)

☐ Betreuerausweis in Kopie (wenn Antrag durch Betreuer gestellt wird – siehe A6)

☐ Nachweise für abweichenden Zeitpunkt der Feststellung (wenn beantragt – siehe G)

☐ Pflegegeldbescheid und Pflegegutachten (wenn vorhanden – siehe H1)

☐ Leistungsbescheid für Blindengeld oder Blindenhilfe (wenn vorhanden – siehe H2)

Wenn Sie medizinische Unterlagen beifügen, die Ihnen vorliegen, können Sie das Verfahren damit beschleunigen. **Die Unterlagen sollten nicht älter als zwei Jahre sein.**

Bitte legen Sie nur Kopien bei, da wir die Unterlagen nicht zurückschicken. Benötigen wir weitere Unterlagen, fordern wir diese entsprechend der erteilten Einwilligungserklärung von der jeweiligen Stelle selbst an.

I2

Zur Beschleunigung Ihres Verfahrens können Sie zusätzlich folgende Unterlagen beifügen:

☐ Hausarztbefundbericht

☐ Facharztbefundbericht(e)

☐ Krankenhausbericht

☐ Reha-Entlassungsbericht

☐ Pflegegutachten

☐ Blutzuckertagebuch (bei Diabetes)

☐ Betreuungsgutachten

☐ Gutachten der Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft)

☐ Hörgeräteanpassungsprotokoll (nur bei Schwerhörigkeit)

☐ Migränekalender/Kopfschmerztagebuch

☐ Anfallskalender (nur bei Anfallsleiden)

☐ sonstige medizinische Unterlagen oder Bescheide: _____

J 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.
- Durch die Übermittlung der Daten wird die Bearbeitung Ihres dortigen Antrags ggf. vereinfacht und beschleunigt. Wenn Sie das **nicht** möchten, können Sie der Weitergabe hier widersprechen:

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

K Erklärung

- 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.

L 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 beizieht, 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.

M Hinweis zur Datenschutz-Grundverordnung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift auch die Kenntnisnahme des Hinweisblattes zum Datenschutz (DSGVO).

N Bemerkungen (optional)

Sonstige Bemerkungen zum vorliegenden Antrag:

_____

O Unterschrift

_____ ! _____

Ort, Datum **Unterschrift**

☐ Antragstellerin / Antragsteller ☐ bevollmächtigte Vertretung

☐ gesetzliche Vertretung ☐ Betreuerin / Betreuer

ⓘ Aus Kostengründen wird in der Regel keine Eingangsbestätigung versandt.

Anhang: Hinweisblatt zum Datenschutz (DSGVO)

Anhang: 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 Datenschutzbeauftragen

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
E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: datenschutz@havs-dar.hessen.de

HAVS Frankfurt/M.
Walter-Möller- Platz 1, 60439 Frankfurt/M.
Telefon 069 1567–1 (Zentrale), Fax: 0611 327644893
E-Mail: post@havs-fra.hessen.de
E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: 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
E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: 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
E-Mail Datenschutzbeauftragter: 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
E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: 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
E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: datenschutz@havs-wie.hessen.de

2. Zweck und Rechtgrundlage 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 Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten sowie an 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
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.