

Landratsamt
Breisgau-Hochschwarzwald
79081 Freiburg

Dienstgebäude:
Sautierstr. 28
79104 Freiburg

Sprechzeiten:
Mo. – Fr.: 8.00-12.00 Uhr Mi.: 14.00-17.30 Uhr

Änderungen nach § 69 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX)

Schwerbehindertenrecht

Az.: _____

- Wir müssen Ihre gesundheitlichen Verhältnisse überprüfen. Bitte teilen Sie uns unter Ziffer III. Ihre/n behandelnden Arzt/Ärzte mit.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Landratsamt

Änderungsantrag

Ich beantrage:

- die Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) wegen Verschlimmerung der bisher berücksichtigten Gesundheitsstörungen / neu aufgetretener Gesundheitsstörungen
- die Feststellung weiterer gesundheitlicher Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen **und zwar:**
- Merkzeichen „G“ (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr / bei der Kfz-Steuer wegen erheblicher Gehbehinderung)
 - Merkzeichen „Gl“ (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr/bei der Kfz-Steuer wegen Gehörlosigkeit)
 - Merkzeichen „B“ (Freifahrt für eine Begleitperson wegen der Notwendigkeit ständiger Begleitung)
 - Merkzeichen „aG“ (Parkerleichterung wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung, z.B. Querschnittgelähmte)
 - Merkzeichen „H“ (Nachteilsausgleiche wegen Hilflosigkeit, Notwendigkeit dauernder Hilfe in erheblichem Umfang)
 - Merkzeichen „RF“ (Rundfunkgebührenbefreiung und Sozialtarif für Telefonanschlüsse)
 - Merkzeichen „Bl“ (Blindheit)
 - Merkzeichen „1. Kl.“ (nur für Kriegsbeschädigte und BEG-Entschädigungsberechtigte)

I. Angaben zur Person


- Bitte in Blockschrift ausfüllen -

<small>Nur angeben, wenn oben nicht eingedruckt!</small>	
1. Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ tagsüber tel. zu erreichen unter: _____	2. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (sofern geändert) Straße, Hausnummer: _____ Postleitzahl, Ort: _____
	3. Sind Sie erwerbstätig? ja <input type="checkbox"/>
4. Aufenthaltsbescheinigung Ausländische Antragsteller (außer Unionsbürger): Bitte Pass (Kopie) vorlegen Bitte fügen Sie eine amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Duldung bei oder lassen Sie die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen, soweit dem Landratsamt ein nicht weiterhin gültiger unbefristeter Aufenthaltstitel vorliegt. Grenzarbeitnehmer: Bitte fügen Sie eine Arbeitsbescheinigung Ihres derzeitigen Arbeitgebers und einen Nachweis über Ihren rechtmäßigen Aufenthalt bei.	Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf. <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis/Niederlassungserlaubnis/Aufenthalts gestattet erteilt am _____ ggf.: gültig bis: _____ oder <input type="checkbox"/> nur Duldung erteilt am _____ gültig bis _____ Ausländerbehörde Im Auftrag _____ Datum, Stempel, Unterschrift

II. Angaben über die Gesundheitsstörungen / Erklärungen

Welche der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen haben sich verschlimmert oder sind seit der letzten Entscheidung neu aufgetreten ?	Ursache: z.B. angeborene Gesundheitsstörungen, Arbeits- , Verkehrs-, häuslicher Unfall , Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat, Impfschaden, sonstige Ursachen
①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	
<p>2. Soll Ihr Antrag alle Gesundheitsstörungen, die sich aus den ärztlichen Unterlagen ergeben - auch wenn sie unter II.1 von Ihnen nicht aufgeführt wurden – umfassen ?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Wir empfehlen Ihnen, Ihren behandelnden Arzt über den Antrag zu unterrichten. Beachten Sie bitte, dass die nicht zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen auch nicht in die Bewertung des Grades der Behinderung einbezogen werden können.</p>	

III. Angaben zu behandelnden Ärzten / Fachärzten / Kliniken

1. Hausarzt	wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (bitte ankreuzen)		
Name: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	bitte Spalte un- bedingt aus- füllen 
2. Fachärzte / Fachrichtung		Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch den Hausarzt
Name/Fachrichtung: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name/Fachrichtung: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name/Fachrichtung: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name/Fachrichtung: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3. Krankenhausbehandlungen		wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (bitte ankreuzen)
Name:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis _____
Abteilung, Station:		<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
Straße:		
PLZ/Ort:		
Name:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis _____
Abteilung, Station:		<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
Straße:		
PLZ/Ort:		
4. Reha-Einrichtungen / Kurkliniken		wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (bitte ankreuzen)
Name:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis _____
Straße:		<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
PLZ/Ort:		
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, BfA, LVA):		
Name:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis _____
Straße:		<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
PLZ/Ort:		
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, BfA, LVA):		

IV. Angaben zu früheren Feststellungen

Wurde bereits eine Entscheidung getroffen 1. von einem Versorgungsamt / Landratsamt oder einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Wehrbereichsgebührenamt) oder einem Gericht über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) bzw. über das Vorliegen von Schädigungsfolgen und der darauf beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen 2. von einer Berufsgenossenschaft über das Vorliegen von Unfallfolgen und der darauf beruhenden MdE oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (Bitte Feststellungsbescheide oder Unterlagen beifügen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen ggf. Unfalltag: _____ und Arbeitgeber: _____		
Gesundheitsstörungen	Verwaltungsbehörde / Leistungsträger	Geschäftszeichen des Vorgangs
3. Erhalten Sie Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen Beginn der Leistung: _____ letzte Untersuchung: _____ Anschrift und Versicherungsnummer des Sozialversicherungsträgers: _____		

