

# Änderungsantrag

nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) zur Durchführung  
des Feststellungsverfahrens und auf Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises

Landesamt für Soziales und Versorgung Außenstelle Potsdam Postfach 60 15 51 14415 Potsdam	Eingangsstempel
	Geschäftszeichen

**Änderungsantrag nach dem Schwerbehindertenrecht**

auf Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB)

auf Feststellung - weiterer - eines weiteren Merkzeichen(s) entsprechend den Angaben unter Ziffer 2.4

**Hinweise:**  
Die nachstehend erbetenen personenbezogenen Daten werden benötigt, um über Ihren Änderungsantrag nach dem SGB IX entscheiden zu können. Ihre Mithilfe, die in § 21 Abs. 2 SGB X vorgesehen ist, erleichtert eine rasche Entscheidung über Ihren Antrag. Eine Verweigerung der erbetenen Auskünfte kann zur Folge haben, dass der Sachverhalt nicht aufgeklärt und über Ihren Antrag nur nach Lage des Akteninhalts entschieden werden kann. Der Datenschutz ist gewährleistet.  
**Bitte vergessen Sie nicht sowohl den Antrag als auch die Einverständniserklärung zu unterschreiben**

## 1. Angaben zur Person

Nachname				Titel (z.B. „Dr.“)			Geburtsname		
Vorname				Zusatz (z.B. „von“)			Geburtsnamenszus.		
Adresse (Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt)	PLZ			Ort				Zusatzangabe (z.B. „Pflegeheim“)	
	Straße				Hausnr.				
Geburtsdatum				Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit		Telefon (tagsüber)	
					<input type="checkbox"/> männlich				

Sind Sie erwerbstätig?  ja  nein

Gesetzlicher Vertreter  Betreuer  Bevollmächtigter  (Bitte Bestallungsurkunde bzw. Vollmacht beifügen!)

Nachname				Titel (z.B. „Dr.“)			Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Vorname				Zusatz (z.B. „von“)			Telefon (tagsüber)	
Adresse (Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt)	PLZ			Ort				Zusatzangabe
	Straße				Hausnr.			

### Hinweise für:

**Grenzarbeitnehmer:** Bitte fügen Sie die Arbeitsbescheinigung Ihres jetzigen Arbeitgebers und ggf. die Arbeitserlaubnis bei.

**Ausländer:** Bitte kreuzen Sie nachfolgend an, welche Berechtigung zum Aufenthalt in Deutschland bei Ihnen vorliegt. Fügen Sie den entsprechenden Nachweis bei.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis | <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis    | <input type="checkbox"/> Duldung               |
| <input type="checkbox"/> Visum                   | <input type="checkbox"/>                       |

Ich habe bereits einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt:  ja  nein

Wenn ja, bei welchem Versorgungsamt:		GZ	
--------------------------------------	--	----	--

3.2	Ärztliche Behandlungen insbesondere der letzten 5 Jahre				
	von - bis	Name und Anschrift des behandelnden Arztes	Fachgebiet	Wegen d. Beeinträchtigung (lfd. Nr.)	Hat Ihr Hausarzt dazu Unterlagen
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3.3	Krankenhausbehandlungen insbesondere der letzten 5 Jahre				
	von - bis	Name und Anschrift des Krankenhauses	Abteilung / Station	Wegen d. Beeinträchtigung (lfd. Nr.)	Hat Ihr Hausarzt dazu Unterlagen
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3.4	Kuren / Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere der letzten 5 Jahre				
	von - bis	Name und Anschrift		Wegen d. Beeinträchtigung (lfd. Nr.)	Hat Ihr Hausarzt dazu Unterlagen
		der Kur-einrichtung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		des Kosten-trägers			
		der Kur-einrichtung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		des Kosten-trägers			

3.5	Krankenkasse	
	Name	
	Anschrift	

3.6	Erhalten Sie eine Erwerbsminderungsrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? Laufen Untersuchungen beim Rentenversicherungsträger oder sind Klagen beim Sozialgericht anhängig? (ggf. Bescheid in Kopie beifügen)	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Name und Anschrift des Versicherungsträgers	Aktenzeichen

3.7	Erhalten Sie Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit (z. B. Pflegegeld) oder haben Sie bei der Pflegekasse einen entsprechenden Antrag gestellt? (ggf. Bescheid in Kopie beifügen)	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Name und Anschrift der Pflegekasse / -versicherung	Aktenzeichen

Ich versichere, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Wortlaut der Gesetzestexte

## § 69 SGB X (Auszug) – Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben

- (1) Eine Übermittlung von Sozialdaten ist zulässig, soweit sie erforderlich ist
1. für die Erfüllung der Zwecke, für die sie erhoben worden sind oder für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe der übermittelnden Stelle nach diesem Gesetzbuch oder einer solchen Aufgabe des Dritten, an die die Daten übermittelt werden, wenn er eine in § 35 des Ersten Buches genannte Stelle ist,
  2. für die Durchführung eines mit der Erfüllung einer Aufgabe nach Nummer 1 zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens einschließlich eines Strafverfahrens ...

## § 76 SGB X (Auszug) – Einschränkung der Übermittlungsbefugnis bei besonders schutzwürdigen Sozialdaten

- (1) Die Übermittlung von Sozialdaten, die einer in § 35 des Ersten Buches genannten Stelle von einem Arzt oder einer anderen in § 203 Abs. 1 und 3 des Strafgesetzbuches genannten Person zugänglich gemacht worden sind, ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre.
- (2) Absatz 1 gilt nicht
1. im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der Betroffene der Übermittlung widerspricht; der Betroffene ist von der verantwortlichen Stelle zu Beginn des Verwaltungsverfahrens in allgemeiner Form schriftlich auf das Widerspruchsrecht hinzuweisen,
  2. im Rahmen des § 69 Abs. 4 und 5 und des § 71 Abs. 1 Satz 3, ...

## Erläuterungen zum Ausfüllen des Antrages

- 4.1 Das Landesamt für Soziales und Versorgung entscheidet auch darüber, inwieweit Voraussetzungen vorliegen, die zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen (Sonderrechten) berechtigen.

In Betracht kommen folgende Nachteilsausgleiche:

	Nachteilsausgleiche	können geltend gemacht werden, wenn	entsprechendes Merkzeichen im Ausweis
1.	Freifahrt für eine Begleitperson im öffentlichen Nah- und Fernverkehr	die Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson nachgewiesen wird	B
2.	Kfz-Steuerermäßigung (50 %) * oder Vergünstigungen im öffentlichen Personennahverkehr	eine erhebliche Beeinträchtigung in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr festgestellt wird	G
3.	Parkerleichterungen und Kfz-Steuerbefreiung * und Vergünstigungen im öffentlichen Personennahverkehr	eine außergewöhnliche Gehbehinderung festgestellt wird (z. B. Rollstuhlfahrer)	aG
4.	Parkerleichterung und Kfz-Steuerbefreiung * und Freifahrt im öffentlichen Personennahverkehr	Blindheit festgestellt wird	Bl
5.	Kfz-Steuerbefreiung * und Freifahrt im öffentlichen Personennahverkehr	Hilflosigkeit festgestellt wird (z. B. wenn für die gewöhnlichen Verrichtungen im täglichen Leben in erheblichem Umfang dauernde Hilfe erforderlich ist)	H
6.	Rundfunkgebührenbefreiung	auf Grund der festgestellten Beeinträchtigung eine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen ständig ausgeschlossen ist oder eine starke Sehbehinderung oder eine starke Hörbehinderung vorliegt	RF
7.	Benutzung der 1. Wagenklasse im Eisenbahnverkehr	eine Schwerebeschädigung mit einer MdE von wenigstens 70 v. H. festgestellt wurde	1. Kl.
8.	Kfz-Steuerermäßigung (50 %) * oder Vergünstigungen im öffentlichen Personennahverkehr	Gehörlosigkeit bzw. an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit Sprachstörungen festgestellt wird	Gl

\* als Fahrzeughalter

Sollten Sie Fragen zum Antrag haben, wenden Sie sich bitte persönlich oder telefonisch an Ihr Landesamt für Soziales und Versorgung.

Sofern der im Antragsvordruck vorgesehene Raum nicht ausreicht, führen Sie bitte Ihre Angaben auf einem gesonderten Blatt fort.

Bitte vergessen Sie nicht den Antrag und die Einverständniserklärung zu unterschreiben, damit die notwendige Sachverhaltsaufklärung vom Landesamt für Soziales und Versorgung durchgeführt werden kann.

Der Datenschutz ist gewährleistet.