



Eingangsstempel

**Erstantrag nach  
§ 69 Sozialgesetzbuch  
- Neuntes Buch - (SGB IX)**

Az.: \_\_\_\_\_

**Schwerbehindertenrecht****I. Angaben zur Person** - Bitte in Blockschrift ausfüllen -

1	<b>Name</b> / surname / nom / nome / nombre / aile ismi  _____ <b>Vorname</b> / name / prénom / nombre de battesimo / nombre de pila / isim  _____			
2	Geburtsdatum	Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	ggf. Geburtsname	erwerbstätig: ja <input type="checkbox"/>
3	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt: Straße, Hausnummer: _____ Postleitzahl, Ort: _____ Tel. tagsüber zu erreichen unter: _____			


**Sie können selbst zur Verfahrensbeschleunigung beitragen, wenn Sie vorhandene aktuelle Arztbriefe und Untersuchungsunterlagen wie z.B. Facharztbriefe und Krankenhausberichte beifügen.**

4	Bei Minderjährigen unter 15 Jahren und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Name, Vorname und Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers angeben und Bestattungsurkunde/Betreuerausweis (in Kopie) beifügen.  _____ Tel.-Nr. _____			
5	<b>Staatsangehörigkeit:</b> _____	<b>Von der Ausländerbehörde auszufüllen</b>  Der/die Antragsteller/in hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf:  Ihm/ Ihr wurde am _____ eine <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis gültig bis _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis gültig bis _____ <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung gültig bis _____  erteilt. Sein/ihr Aufenthalt wurde letztmalig am _____ gültig bis _____ geduldet.  Die <u>korrekte</u> Schreibweise des Namens wird ausdrücklich bestätigt.  Im Auftrag _____ (Datum, Stempel, Unterschrift)		
6	<b>ausländische Antragsteller:</b> <b>bitte Pass (Kopie) vorlegen</b>  Bitte eine amtliche Bescheinigung über die <b>Aufenthaltserlaubnis/Niederlassungserlaubnis/ Aufenthaltsgestattung/ Duldung</b> oder beglaubigte <b>Kopie</b> beifügen oder die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen lassen.  Für <b>Unionsbürger</b> reicht die Vorlage des Passes oder Personalausweises (Kopie) aus.			
7	<b>Grenzarbeitnehmer:</b>  Bitte Bescheinigung Ihres derzeitigen Arbeitgebers mit Angabe der wöchentlichen Arbeitszeit und ggf. Arbeitserlaubnis-EU (nur bei Staatsangehörigen der ab 1.5.2004 beigetretenen EU-Mitgliedstaaten) bzw. amtliche Bescheinigung über den Aufenthaltstitel oder Grenzgängerkarte beifügen oder nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen lassen.			

## II. Angaben über die Gesundheitsstörungen / Erklärungen

1. Welche der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen <b>sollen</b> nach dem Schwerbehindertenrecht berücksichtigt werden?	<b>Ursache:</b> z.B. angeborene Gesundheitsstörungen, <b>Arbeits-</b> , Verkehrs-, häuslicher <b>Unfall</b> , Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat, Impfschaden, sonstige Ursachen
①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	
2. Soll Ihr Antrag <b>alle Gesundheitsstörungen</b> , die sich aus den ärztlichen Unterlagen ergeben - auch wenn sie unter II.1 von Ihnen nicht aufgeführt wurden – umfassen ? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
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.	

## III. Angaben zu behandelnden Ärzten / Fachärzten / Kliniken

1. Hausarzt	wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen (bitte ankreuzen)		
Name:  Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	bitte Spalte <b>unbedingt ausfüllen</b> 
<b>2. Fachärzte / Fachrichtung</b>	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch den Haus- arzt <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
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 <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen ( <b>bitte ankreuzen</b> )
Name:	① ②	Behandlungszeitraum von – bis _____
Abteilung, Station:	③ ④	<input type="checkbox"/> stationär
Straße:	⑤ ⑥	<input type="checkbox"/> ambulant
PLZ/Ort:		
Name:	① ②	Behandlungszeitraum von – bis _____
Abteilung, Station:	③ ④	<input type="checkbox"/> stationär
Straße:	⑤ ⑥	<input type="checkbox"/> ambulant
PLZ/Ort:		
4. Reha-Einrichtungen / Kurkliniken		wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen ( <b>bitte ankreuzen</b> )
Name:	① ②	Behandlungszeitraum von – bis _____
Straße:	③ ④	<input type="checkbox"/> stationär
PLZ/Ort:	⑤ ⑥	<input type="checkbox"/> ambulant
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):		
Name:	① ②	Behandlungszeitraum von – bis _____
Straße:	③ ④	<input type="checkbox"/> stationär
PLZ/Ort:	⑤ ⑥	<input type="checkbox"/> ambulant
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):		

#### IV. Angaben zu früheren Feststellungen

Wurde bereits eine Entscheidung getroffen		
1. von einem <b>Versorgungsamt / Landratsamt</b> oder einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Wehrbereichsgebührensamt) 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 <b>Berufsgenossenschaft</b> 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 <b>Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit</b> 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: _____ <b>Anschrift und Versicherungsnummer</b> des Sozialversicherungsträgers: _____		

4. Erhalten Sie **Pflegegeld** oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt ?

Ja  Nein  Entscheidung noch nicht ergangen **Pflegestufe:** \_\_\_\_\_ **Beginn der Leistung:** \_\_\_\_\_

**Anschrift** und Geschäftszeichen des Leistungsträgers

**letzte Untersuchung:** \_\_\_\_\_

5. Bei behinderten Kindern (**von den Eltern auszufüllen**) :

Besucht Ihr Kind eine - ggf. welche - Behinderteneinrichtung/-schule

Ja

Nein

**Bezeichnung und Anschrift** der Einrichtung:

6. Bei welchen sonstigen bisher nicht angegebenen Stellen können weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen angefordert werden (z.B.: Blindenhilfe) ?

**Bezeichnung und Anschrift:**

## V. Schwerbehindertenausweis

1. Der Schwerbehindertenausweis soll die Voraussetzungen nachweisen für die Zeit

ab Antragstellung  ab \_\_\_\_\_ . Ein besonderes Interesse an der Feststellung dieses Zeitpunktes besteht, weil (hier Gründe für die Rückwirkung der Feststellung angeben z.B.: Finanzamt):

2.  Ich benötige keinen Schwerbehindertenausweis.

**Wenn Sie** diesem **Antrag** bereits ein **Lichtbild** (in der Größe eines Passbildes) **beifügen**, (Rückseite mit Namen beschriften) **wird Ihnen** bei Vorliegen der Voraussetzungen (Grad der Behinderung wenigstens 50) **der Ausweis direkt übersandt**, sofern keine Zweifel an der Identität bestehen. Andernfalls erfolgt die Aushändigung des Ausweises durch die Stadt- oder Gemeindeverwaltung (Einwohnermeldeamt, Meldestelle, Bürgeramt u.a.). Für Kinder unter 10 Jahren ist kein Lichtbild einzureichen. Dies gilt auch für Menschen, die das Haus nicht oder nur mit Hilfe eines Krankenwagens verlassen können.

## VI. Erklärung zum Datenschutz und Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Die Angaben im Antragsformular sind erforderlich, damit das Landratsamt das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung nach § 69 SGB IX feststellen kann.

Sie sind gem. § 60 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (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. Feststellungen nach § 69 SGB IX können gem. § 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 vorsorglich darauf aufmerksam, dass Ihre Daten zur Durchführung des SGB IX mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden.

Die Akten werden möglicherweise einem Arzt außerhalb der Verwaltung zur Begutachtung zugeleitet. Sie können einer solchen Zuleitung an Ärzte außerhalb der Verwaltung widersprechen.

**Sofern beigefügte Unterlagen nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Landratsamt die in diesem Verwaltungsverfahren und in einem evtl. sich anschließenden Vorverfahren erforderlichen Auskünfte und Unterlagen von allen angegebenen Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, gesetzlichen und privaten Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste, Behörden und sonstigen Einrichtungen bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.**

**Ich entbinde Ärzte, sonstige beteiligte Personen und Stellen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen ausdrücklich zu.**

**Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses**

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die dem Landratsamt im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Renten- oder Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i.V.m. § 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch, SGB X) und ich dem widersprechen kann.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers bzw. des  
Vertreters (**Vollmacht/ Bestallungsurkunde/  
Betreuerausweis – bitte Kopie - vorlegen**)

Dem Antrag füge ich bei:

- 1 Lichtbild aus neuester Zeit  
 Kopien ärztlicher Befunde

## Ausfüllhilfe und Merkblatt

### zum Erstantrag nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX)<sup>1)</sup>

**Stand 1.3.2005**

#### Hinweise zur Antragstellung beim Landratsamt

Der Antrag ist beim zuständigen Landratsamt (siehe Seite 4) mit dem dafür vorgesehenen Formblatt zu stellen. Sie können den Antrag auch formlos stellen und erhalten dann das Antragsformular zugesandt.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und gut leserlich aus; wenn Sie es wünschen, ist Ihnen das Landratsamt, die Stadt- oder Gemeindeverwaltung, die Fürsorgestelle für Kriegsoffer oder das Integrationsamt dabei behilflich.

Sie können zur Beschleunigung des Verfahrens selbst erheblich beitragen, wenn Sie dem Antrag umfassende Arztberichte mit genauer Beschreibung des Befundes und des Funktionsausfalles oder die bei Ihrem Hausarzt befindlichen Untersuchungsunterlagen, wie z.B. Facharztbriefe, Krankenhausberichte, Kurschlussgutachten, Röntgenbefunde beifügen, soweit sie die Gesundheits-

störungen betreffen. Ärztliche Bescheinigungen, die lediglich die geäußerten Klagen und Beschwerden enthalten, reichen nicht aus. Eine Kostenerstattung für eingereichte Atteste kann nicht zugesichert werden.

**Das Landratsamt ist bestrebt, über Ihren Antrag alsbald zu entscheiden. Die Zahl der eingehenden Anträge ist jedoch so groß, dass eine Bearbeitungsdauer von einigen Monaten nicht ausgeschlossen werden kann.**

Das Landratsamt bleibt aber bemüht, die Wartezeiten abzukürzen und bittet schon jetzt um Verständnis für etwaige unvermeidliche Verzögerungen. Sie werden deshalb auch gebeten, möglichst von Rückfragen abzusehen.

Sofern besondere Umstände (z.B. Kündigung) nach der Antragstellung eintreten, werden Sie gebeten, dies unverzüglich mitzuteilen, damit die Bearbeitung Ihres Antrages vorgezogen werden kann.

#### \* Beispiele und Hinweise zum Ausfüllen des Vordruckes Fbl. Nr. 28 090/3 (Antrag SGB IX) \*

Seite 2 des Vordruckes	1. Welche der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen <b>sollen</b> nach dem Schwerbehindertenrecht berücksichtigt werden?	<b>Ursache:</b> z.B. angeborene Gesundheitsstörungen, <b>Arbeits-</b> , Verkehrs-, häuslicher <b>Unfall</b> , Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat, Impfschaden, sonstige Ursachen
	① <i>Beinverlust links</i>	<i>Arbeitsunfall</i>
	② <i>Herzinfarktfolgen</i>	<i>Krankheit</i>
	2. Soll Ihr Antrag <b>alle Gesundheitsstörungen</b> , die sich aus den ärztlichen Unterlagen ergeben - auch wenn sie unter II.1 von Ihnen nicht aufgeführt wurden – umfassen ? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
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.		
<b>Hinweis zu Nr. 1 und 2:</b> Sie haben die Möglichkeit, Ihren Antrag nach dem SGB IX zu beschränken und nur einzelne Gesundheitsstörungen geltend zu machen. In diesem Fall kreuzen Sie bitte unter Ziffer 2 „nein“ an und geben unter Ziffer 1 <u>nur</u> die Gesundheitsstörungen an, die berücksichtigt werden sollen. Wollen Sie die Einbeziehung aller bei Ihnen vorliegenden Gesundheitsstörungen, so kreuzen Sie unter Ziffer 2 „ja“ an und führen bitte zur Erleichterung der Sachverhaltsaufklärung unter Ziffer 1 alle bei Ihnen bestehenden Gesundheitsstörungen an.		

#### Angaben zu behandelnden Ärzten / Fachärzten / Kliniken

<b>1. Hausarzt</b>	wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen ( <b>bitte ankreuzen</b> )		
Name: <i>Dr. Franz</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Datum der letzten Behandlung:	bitte Spalte <b>unbedingt ausfüllen</b>
Straße: <i>Karlstr. 7-</i>	③ ④	<i>seit Jahren</i>	↓
PLZ/Ort: <i>73994 A-Stadt</i>	⑤ ⑥	<i>18.10.2004</i>	
		<i>u. weiter</i>	

Seite 3 des Vordruckes

<b>2. Fachärzte / Fachrichtung</b>		① <input checked="" type="checkbox"/> ② ③ <input type="checkbox"/> ④ ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥	Datum der letzten Behandlung: <b>19.10.2004</b>	Überwei- sung durch den Hausarzt  <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name/Fachrichtung: <i>Dr. Fritz, Facharzt f. innere Krankheiten</i>  Straße: <i>Josefstr. 9</i>  PLZ/Ort: <i>73995 B-Stadt</i>				
<b>3. Krankenhausbehandlungen</b>		wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesund- heitsstörungen ( <b>bitte ankreuzen</b> )		
Name: <i>Kreiskrankenhaus</i>  Abteilung, Station: <i>Innere Abteilung / B 5</i>  Straße:  PLZ/Ort: <i>73995 B-Stadt</i>		① <input checked="" type="checkbox"/> ② ③ <input type="checkbox"/> ④ ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥	Behandlungszeitraum von – bis <b>20.10.04-15.11.04</b>  <input checked="" type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant	
<b>4. Reha-Einrichtungen / Kurkliniken</b>			wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Ge- sundheitsstörungen ( <b>bitte ankreuzen</b> )	
Name: <i>Rheintal-Klinik</i>  Straße:  PLZ/Ort: <i>73996 C-Stadt</i>  Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung): <b>LVA Baden-Württemberg</b>		① <input checked="" type="checkbox"/> ② ③ <input type="checkbox"/> ④ ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥	Behandlungszeitraum von – bis <b>16.11.04-20.12.04</b>  <input checked="" type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant	

**Hinweis:** Bitte geben Sie hier **unbedingt genau und vollständig** an, welche Ärzte und/oder med./ärztl. Einrichtungen sowie ggf. andere Stellen wegen welcher Gesundheitsstörungen vom Landratsamt angeschrieben werden dürfen (Erfordernis im Interesse des Datenschutzes!). **Unvollständige Angaben verzögern die Bearbeitung und erfordern Rückfragen!**

Seite 4 des Vordruckes

**Schwerbehindertenausweis**

1. Der Schwerbehindertenausweis soll die Voraussetzungen nachweisen für die Zeit  
 ab Antragstellung  
 ab 01.01.2004. Ein besonderes Interesse an der Feststellung dieses Zeitpunktes besteht, weil (hier Gründe für die Rückwirkung der Feststellung angeben z.B.: Finanzamt):  
**Einkommensteuerveranlagung**

2.  Ich benötige keinen Schwerbehindertenausweis.

**Hinweis :** Wenn Sie aus bestimmten Gründen (z.B. steuerlichen) für eine Zeit vor der Antragstellung Feststellungen des Landratsamtes benötigen, begründen Sie dies kurz.

**Wer ist ein schwerbehinderter Mensch?**

**Wer kann einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden?**

Schwerbehinderte Menschen sind Personen

- mit einem Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50,
- sofern sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 SGB IX rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben (§ 2 Abs.2 SGB IX).

Personen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen im Übrigen die Voraussetzungen des § 2 Abs. 2 SGB IX vorliegen, sollen aufgrund einer Feststellung nach § 69 SGB IX auf ihren Antrag von der Agentur für Arbeit schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 Abs. 1 SGB IX nicht erlangen oder nicht behalten können.

Die Schwerbehinderteneigenschaft wird kraft Gesetzes, d.h. bereits mit dem Eintritt der Behinderung und nicht erst mit deren Feststellung durch das Landratsamt erworben.

Die Gleichstellung erfolgt durch die für den Wohnort zuständige *Agentur für Arbeit*. Wenn Sie bei Gefährdung Ihres Arbeitsplatzes bzw. Nichterlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes im Sinne des § 73 Abs. 1 SGB IX die Gleichstellung beantragen wollen, wäre der Antrag unmittelbar bei der *Agentur für Arbeit* zu stellen. Mit dem Antrag auf Gleichstellung ist der Feststellungsbescheid des Landratsamtes oder der sonstige Bescheid über die Höhe des Grades der MdE der Behinderung vorzulegen. Im Falle der Gleichstellung besteht aber kein Anspruch auf Zusatzurlaub nach § 125 SGB IX.

### Wie wird die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch festgestellt?

Das für den Wohnort zuständige Landratsamt (siehe Seite 4) hat nach § 69 SGB IX auf Antrag den Grad der Behinderung<sup>2)</sup> und gegebenenfalls weitere gesundheitliche Merkmale festzustellen. Es erteilt hierüber einen rechtsbehelfsfähigen Feststellungsbescheid, in dem der GdB und die weiteren gesundheitlichen Merkmale angegeben werden, und zwar auch dann, wenn der festgestellte GdB weniger als 50 beträgt.

Eine solche Feststellung kann nicht getroffen werden, wenn der GdB (die MdE) bereits in einem Rentenbescheid oder dergleichen festgestellt worden ist (z.B. Bescheid einer Berufsgenossenschaft oder eines Landratsamtes, nicht aber Bescheide der Rentenversicherungsträger über Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Rente wegen Erwerbsminderung), es sei denn, dass Sie weitere, dort nicht berücksichtigte Gesundheitsstörungen oder sonst ein Interesse an einer anderweitigen Feststellung weiterer gesundheitlicher Merkmale beantragen.

Beträgt der im Bescheid des Landratsamtes, bzw. der anderen Stelle festgestellte GdB mindestens 50, so stellt Ihnen das Landratsamt einen Ausweis mit Lichtbild nach § 69 Abs. 5 SGB IX über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den Grad der Behinderung und gegebenenfalls die weiteren gesundheitlichen Merkmale aus. Sofern Sie einen Ausweis benötigen, geben Sie dies bitte im Antrag (unter V. Nr.1) an.

### Wozu dient der Ausweis nach § 69 Abs. 5 SGB IX?

Der Ausweis des Landratsamtes nach § 69 Abs. 5 SGB IX dient zum Nachweis der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, des Grades der Behinderung und ggf. weiterer gesundheitlicher Merkmale (z.B. gegenüber Arbeitgeber, Agentur für Arbeit, Integrationsamt, Finanzamt).

Mit Hilfe dieses Ausweises können Sie die Ihnen zustehenden Rechte nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (u.a. Recht auf bevorzugte Einstellung, Kündigungsschutz, berufliche Förderung, Zusatzurlaub, begleitende Hilfe im Arbeitsleben, Nachteilsausgleiche, die Ihnen nach anderen Vorschriften zustehen) in Anspruch nehmen. Näheres über die verschiedenen Nachteilsausgleiche enthält ein weiteres Merkblatt, das Sie bei der Bescheiderteilung erhalten.

Der Ausweis für schwerbehinderte Menschen, die das Recht auf unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr in Anspruch nehmen können, ist durch einen halbseitigen orangefarbenen Flächenaufdruck gekennzeichnet. Schwerbehinderte Menschen, die das Recht in Anspruch nehmen wollen, erhalten auf Antrag ein mit einer Wertmarke versehenes Beiblatt zum Ausweis. Für die Wertmarke ist im Regelfall ein Eigenanteil von jährlich 60 € oder 30 € für ein halbes Jahr zu leisten. **Ausnahmen** bestehen für blinde und hilflose schwerbehinderte Menschen und für bestimmte Gruppen einkommensschwacher schwerbehinderter Menschen<sup>3)</sup> sowie für einen begrenzten Kreis von Kriegsbeschädigten und ihnen gleichgestellten behinderten Menschen (Besitzstandswahrung); sie erhalten die Wertmarke unentgeltlich.

**Anstelle** der unentgeltlichen Beförderung kann auch eine Kraftfahrzeugsteuerermäßigung um 50 v.H. in Anspruch genommen werden. Der schwerbehinderte Mensch muss also wählen, ob er die unentgeltliche Beförderung oder die Kfz-Steuerermäßigung beansprucht.

Hilflose, Blinde und außergewöhnlich gehbehinderte schwerbehinderte Menschen werden von der Kfz-Steuer befreit; daneben kann dieser Personenkreis auch die unentgeltliche Beförderung beanspruchen (mit Beiblatt und Wertmarke die bei außergewöhnlich Gehbehinderten in der Regel kostenpflichtig ist).

Der Ausweis enthält u.a. das Datum, an dem Ihr Antrag beim Landratsamt eingegangen ist. Von diesem Datum an gilt die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch im Regelfall als nachgewiesen. Sofern ein besonderes Interesse daran besteht, dass die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, ein anderer Grad der Behinderung oder ein oder mehrere gesundheitliche Merkmale bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen haben, werden die entsprechenden Feststellungen auf Antrag zusätzlich vom Landratsamt getroffen.

Ansprüche auf Rentenleistungen können aus dem SGB IX selbst nicht hergeleitet werden.

1) Vollständige Bezeichnung des Gesetzes und Fundstelle: Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046).

2) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Die Auswirkung der Funktionsbeeinträchtigung ist als Grad der Behinderung (GdB) nach Zehnergraden abgestuft, von 20 bis 100 festzustellen.

3) Schwerbehinderte Menschen, die Arbeitslosengeld II oder für den Lebensunterhalt laufende Leistungen nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch, den §§ 26c, 27a und 27d BVG oder Leistungen der Grundsicherung, dem Zwölften Buch (Sozialhilfe) erhalten.

## Zuständigkeitsbereiche

Die für die Feststellungen nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 des SGB IX) zuständigen Versorgungsämter in Baden-Württemberg wurden durch die Verwaltungsreform **ab 01.01.2005** in die Landratsämter eingegliedert.

**In allen Fällen ist seit dem 01.01.2005 das Landratsamt örtlich und sachlich zuständig, in dessen Bereich Berechtigte oder Antragsteller ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.**

### Im Einzelnen wird auf folgende Besonderheiten besonders hingewiesen:

Zuständig sind seit dem 01.01.2005

für den Stadtkreis Stuttgart das Landratsamt Böblingen

für den Stadtkreis Heilbronn das Landratsamt Heilbronn

für den Stadtkreis Baden-Baden das Landratsamt Rastatt

für die Stadtkreise Heidelberg und Mannheim das Landratsamt des Rhein-Neckar-Kreises

für den Stadtkreis Karlsruhe das Landratsamt Karlsruhe

für den Stadtkreis Pforzheim das Landratsamt des Enzkreises

für den Stadtkreis Freiburg das Landratsamt Breisgau-Hochschwarzwald

für den Stadtkreis Ulm das Landratsamt des Alb-Donau-Kreises

In vorliegendem Fall ist **Ihr Landratsamt in**

**zuständig !!**