

Antrag nach § 152 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX /Schwerbehindertenrecht)

Bitte sorgfältig und möglichst in Blockschrift ausfüllen und Antrag (Seite 4) bitte unterschreiben !

Zutreffendes ankreuzen ☒

①

- ☐ **Erstantrag**
Ich habe bisher keinen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt
- ☐ **Änderungsantrag**
Ich habe schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt bei (Behörde und Geschäftszeichen)

Geschäftszeichen		Eingangsstempel	
Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern Abteilung Soziales / Versorgungsamt			
<input type="checkbox"/> Deznat Neubrandenburg Neustrelitzer Straße 120 17033 Neubrandenburg Tel. 0385 / 588-59970 behinderung.nb@lagus.mv-regierung.de	Mecklenburgische Seenplatte, Altkreise Demmin und Uecker-Randow		
<input type="checkbox"/> Deznat Rostock Blücherstraße 1 18055 Rostock Tel. 0385 / 588-59950 behinderung.rostock@lagus.mv-regierung.de	Stadt Rostock Landkreis Rostock		
<input type="checkbox"/> Deznat Schwerin Friedrich-Engels-Str. 47 19061 Schwerin Tel. 0385 / 588-59960 behinderung.schwerin@lagus.mv-regierung.de	Stadt Schwerin, Ludwigslust-Parchim, Nordwestmecklenburg		
<input type="checkbox"/> Deznat Stralsund Frankendamm 17 18439 Stralsund Tel. 0385 / 588-59980 behinderung.stralsund@lagus.mv-regierung.de	Vorpommern-Rügen Vorpommern-Greifswald ohne Altkreise Demmin und Uecker-Randow		

②

Antragstellerin / Antragsteller		Geburtsdatum		männl. weibl. divers	
Name, Vorname (ggf. Geburtsname)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Straße, Hausnummer		☎ (tagsüber erreichbar)			
Postleitzahl, Wohnort, Ortsteil		E-Mail			
Sind Sie zur Zeit erwerbstätig ?		Steuer-Identifikationsnummer			
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 100px; height: 20px; background-color: black;"></div> <div style="width: 100px; height: 20px; background-color: black;"></div> <div style="width: 100px; height: 20px; background-color: black;"></div> <div style="width: 100px; height: 20px; background-color: black;"></div> </div>			

③

<p>Nur bei nichtdeutscher Staatsangehörigkeit ausfüllen.</p> <p>Ausländische Mitbürger und ausländische Familienangehörige von heimatlosen Ausländern (Staatenlose) fügen bitte eine amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltsberechtigung oder eine Abschrift/Ablichtung hiervon bei oder lassen nebenstehende Bestätigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen.</p> <p>Unionsbürger, Angehörige des EWR und ihre Familienangehörigen weisen den Wohnsitz durch Vorlage des Personalausweises oder des Reisepasses nach.</p> <p>Von Grenzarbeitnehmern ist die Arbeitsbescheinigung des jetzigen Arbeitgebers und ggf. die Aufenthaltsgenehmigung bzw. amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltsgenehmigung oder der Ausweis für den kleinen Grenzverkehr vorzulegen oder nebenstehende Bestätigung durch die zuständige Behörde vornehmen zu lassen.</p>	<p>Staatsangehörigkeit</p> <p>Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf.</p> <p>Aufenthaltsberechtigung ist beschränkt bis _____</p> <p>_____ (Datum, Stempel, Unterschrift d. Ausländerbehörde)</p>
---	--

④

Bevollmächtigte/r / gesetzl. Vertreter/in / Betreuer/in		Bitte zwingend Vollmacht oder Betreuungsurkunde in Kopie beifügen.	
Name, Vorname		männl. weibl. divers	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Straße, Hausnummer		☎ (tagsüber erreichbar)	
Postleitzahl, Wohnort, Ortsteil		E-Mail	

⑤

Feststellungsbeginn	
Ich beantrage, die Behinderteneigenschaft festzustellen	
<input type="checkbox"/> ab Antragseingang	
<input type="checkbox"/> rückwirkend ab:	aus welchem Grund
	<input type="checkbox"/> steuerliche Gründe <input type="checkbox"/> Landesblindengeld <input type="checkbox"/> Wohngeld / Rente

⑥ Welche Gesundheitsstörung wird **erstmal**s als Behinderung geltend gemacht ?
Welche Gesundheitsstörung ist seit der letzten Feststellung hinzugetreten ?

Führen Sie bitte nur Gesundheitsstörungen auf, die zu dauernden Funktionsbeeinträchtigungen führen und noch nicht festgestellt wurden.

		Ursachenschlüssel
a)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
d)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
e)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte zu jeder Gesundheitsstörung den jeweils zutreffenden Ursachenschlüssel eintragen

1= angeborene Behinderung

2= anerkannter Arbeitsunfall (einschl. Wege- und Betriebswegeunfall) / anerkannte Berufskrankheit

4= Verkehrsunfall } soweit nicht

5= häuslicher Unfall } Arbeitsunfall

6= sonstiger Unfall

7= Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung

9= sonstige Krankheit

0= sonstige Ursachen oder mehrere Ursachen

⑦ Folgende bereits festgestellte Behinderung hat sich seit der letzten Feststellung wesentlich verschlimmert:

f)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
g)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
h)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

! Wenn sich Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurabschlussberichte, EKG-, Laborbefunde, keine Röntgenbilder!) in Ihren Händen befinden, fügen Sie sie bitte diesem Antrag bei. !

Folgende Angaben dienen der medizinischen Sachaufklärung zu den unter Punkt ⑥ und ⑦ geltend gemachten Gesundheitsstörungen:

⑧ **Hausarzt** Name und Anschrift /letzte Vorstellung war am:

⑨ **Fachärztliche Behandlungen**

Zeitraum / letzte Behandlung	Name und Anschrift / Fachgebiet	wegen Buchstabe s. Punkt ⑥ und ⑦
<input type="text"/>	<input type="text"/>	a) b) c) d) e) f) g) h)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	a) b) c) d) e) f) g) h)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	a) b) c) d) e) f) g) h)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	a) b) c) d) e) f) g) h)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	a) b) c) d) e) f) g) h)

⑩ **Krankenhausbehandlung in den letzten 2 Jahren**

von-bis	Name und Anschrift des Krankenhauses, Station bzw. Abteilung	wegen Buchstabe s. Punkt ⑥ und ⑦
<input type="text"/>	<input type="text"/>	a) b) c) d) e) f) g) h)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	a) b) c) d) e) f) g) h)

11

Wurde ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung bewilligt? (Pflegegeld)

Ja ☐

Nein ☐

Wenn ja, bitte Kopie des Pflegegutachtens einreichen.

Bei welcher Krankenkasse?

Name der Krankenkasse / Aktenzeichen

Anschrift

Bitte Pflegegrad angeben

12

Reha-Maßnahmen in den letzten 2 Jahren

von-bis	Name und Anschrift der Reha-Anstalt	Wegen welcher Behinderung
---------	-------------------------------------	---------------------------

--	--	--

Name des Kostenträgers	Aktenzeichen / Versicherungs-Nr.
------------------------	----------------------------------

Anschrift des Kostenträgers

13

Bei welchen Stellen befinden sich weitere ärztliche Unterlagen? (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Gesundheitsamt, ARGE medizinischer Dienst, ARGE psychologischer Dienst, Bundesagentur für Arbeit, Sonderschule, Amtsgericht etc.)

Behörde/ Dienststelle - genaue Anschrift angeben-	Aktenzeichen / Versicherungs-Nr.	Wegen welcher Behinderung?

14

Leistungen anderer Stellen

Ich erhalte von folgender Stelle Leistungen:

<input type="checkbox"/> Gesetzl. Unfallversicherungsträger (z. B. nach Arbeits-/ Dienstunfall)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
<input type="checkbox"/> Versorgungsverwaltung (z. B. wegen einer Schädigung als Soldat oder Gewaltopfer)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt

Behörde/ Dienststelle - genaue Anschrift angeben-	Aktenzeichen / Versicherungs-Nr.	Wegen welcher Behinderung?

15

Merkzeichen

Ich beantrage die Feststellung folgender Merkzeichen:

<input type="checkbox"/> Merkzeichen "G"	(wegen erheblicher Gehbehinderung)
<input type="checkbox"/> Merkzeichen "B"	(wegen der Notwendigkeit ständiger Begleitung)
<input type="checkbox"/> Merkzeichen "aG"	(wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung)
<input type="checkbox"/> Merkzeichen "H"	(wegen Hilflosigkeit)
<input type="checkbox"/> Merkzeichen "RF"	(weil eine leidensbedingte ständige Teilnahme am öffentlichen Leben, auch mit Begleitperson und Hilfsmitteln dauerhaft nicht möglich ist bzw. eine ausgeprägte Hör- oder Sehbehinderung vorliegt)
<input type="checkbox"/> Merkzeichen "Bl" (wegen Blindheit) oder	<input type="checkbox"/> "HS" (wegen Hochgradiger Sehbehinderung)
<input type="checkbox"/> Merkzeichen "Gl" (wegen Gehörlosigkeit)	<input type="checkbox"/> "TBl" (wegen Taubblindheit)

Schwerbehindertenausweis

Ich beantrage

<input type="checkbox"/> die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises.
<input type="checkbox"/> <u>nur</u> die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises nach § 152 Abs. 2 SGB IX, weil die Feststellung vorliegender Behinderungen bereits von einer anderen Stelle (Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) getroffen worden ist (siehe auch Punkt 14).
<input type="checkbox"/> Ich benötige keinen Ausweis.

Hinweis

Soweit Sie über die auf Seite 2 unter ⑥ a - e und ⑦ f - h aufgeführten Gesundheitsstörungen ärztliche Unterlagen in Ihren Händen haben, fügen Sie diese bitte in Kopie bei. Originale werden Ihnen nicht wieder zurückgesandt. Wenn Sie die kompletten ärztlichen Befunde für alle geltend gemachten Gesundheitsstörungen dem Antrag beifügen können, ist eine schnellere Entscheidung über Ihren Antrag möglich. Entstandene Kosten für selbst beigebrachte Unterlagen werden durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern -Versorgungsamt-, (LAGuS M-V) nicht erstattet.

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden, soweit dies für die Bearbeitung meines Antrages erforderlich ist.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die in diesem Antrag von mir benannten Ärzte, Psychotherapeuten/Psychologen, Krankenhäuser und Kliniken, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen sowie die weiteren auf den vorhergehenden Seiten benannten Stellen gegenüber dem LAGuS M-V bezüglich der im Antrag angegebenen Gesundheitsstörungen von ihrer Schweigepflicht.

Gleichzeitig willige ich gemäß § 100 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB X in die Übermittlung meiner personenbezogenen und meiner Gesundheitsdaten ein. Das bedeutet, dass die von mir benannten Personen und Stellen dem LAGuS M-V die für diesen Antrag erforderlichen Auskünfte erteilen und Befunde vorlegen dürfen.

Hinweis zu Verarbeitung Ihrer Daten

Das LAGuS M-V verarbeitet Ihre personenbezogenen und Ihre Gesundheitsdaten im Rahmen der gesetzlichen Aufgabe ausschließlich zur Feststellung einer Schwer-/Behinderung gemäß § 152 SGB IX, in Verbindung mit § 118 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV). Dies schließt ein, dass nur die für die Erfüllung der Aufgabe erforderlichen Daten verarbeitet und gespeichert werden.

Ihre personenbezogenen und Gesundheitsdaten werden, soweit dies zur Feststellung einer Schwer-/Behinderung erforderlich ist, nur an die von Ihnen auf den vorhergehenden Seiten benannten Stellen und darüber hinaus nicht an Dritte übermittelt. Weitere Informationen, insbesondere zur Einhaltung der EU-Datenschutzgrundverordnung erhalten Sie auf der Webseite des LAGuS M-V im Bereich Soziales/Schwerbehindertenrecht.

--	--

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in / gesetzliche Vertreter / Bevollmächtigte

Hinweis zum Widerspruchsrecht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X)

Die von Ärzten oder anderen in § 203 Abs. 1 und 3 Strafgesetzbuch genannten Personen oder Stellen dem LAGuS M-V zugänglich gemachten Gutachten dürfen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden, wenn Sie nicht widersprochen haben. Sofern Sie nicht widersprechen, kann das LAGuS M-V diese Gutachten auf Anfrage beispielsweise an Renten- oder Unfallversicherungsträger übermitteln, wenn dies im Rahmen einer Begutachtung für eine Sozialleistung oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung erforderlich wäre.

Einen Widerspruch gegen die Übermittlung von Gutachten können Sie jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt während der Geschäftszeiten bei dem für Sie zuständigen Versorgungsamt einlegen.

Hinweis auf Mitwirkungspflichten

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I). Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen gesetzlich vorgeschriebenen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Als Anlage füge ich bei:

Das Versorgungsamt

Hinweise zum Ausfüllen des Antrags auf Feststellung einer Schwer-/Behinderung

Ihr Versorgungsamt möchte Ihnen mit diesen Hinweisen bereits beim Ausfüllen des Antrages behilflich sein. Beachten Sie jedoch bitte, dass diese Hinweise keine umfassende Beratung ersetzen können. Für weitere Informationen stehen Ihnen daher die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Ihres Versorgungsamtes gerne zur Verfügung. Dort erhalten Sie auch Informationsmaterial in Papierform. Besuchen Sie auch gerne die Webseite des Landesamtes für Gesundheit und Soziales unter www.lagus.mv-regierung.de oder schreiben Sie eine Mail an Ihr Versorgungsamt. Die Kontaktdaten finden Sie auf dem Antragsvordruck.

Randnummer 1

Sie möchten erstmalig eine Behinderung geltend machen? Kreuzen Sie bitte „Erstfeststellungsantrag“ an.

Sie möchten eine bestehende Behinderung als verschlechtert oder verbessert angeben? Dann kreuzen Sie bitte „Änderungsantrag“ an.

Sie möchten neu hinzugekommene Leiden feststellen lassen? Kreuzen Sie bitte auch in diesem Fall „Änderungsantrag“ an.

Randnummer 2

Bis Ende 2025 ist die Angabe der Steuer-ID noch freiwillig. Ab dem 1. Januar 2026 ist die Steuer-ID anzugeben, da ab dann Ihre Angaben zum Grad der Behinderung nicht mehr per Bescheinigung, sondern ausschließlich digital vom Versorgungsamt an das Finanzamt übertragen werden. Auskünfte hierzu erteilen die Finanzämter.

Randnummer 5

Die Feststellung gilt von dem Datum an, an dem Ihr Antrag bei Ihrem Versorgungsamt eingegangen ist. Sie können aber auch ein früheres Datum angeben. Das Versorgungsamt prüft dann, ob bei Ihnen eine sogenannte „Rückwirkende Feststellung“ möglich ist.

Randnummer 6

Hier sind alle Gesundheitsstörungen und deren Auswirkungen anzugeben. Auch die Angabe von Folgeschäden (zum Beispiel Ausfallerscheinungen an Beinen bei Wirbelsäulenschäden), Schmerzen und psychische Auswirkungen sind wichtig für Ihr Versorgungsamt.

Randnummer 7

Sofern sich bei Ihnen bestehende Behinderungen verbessert oder verschlimmert haben, sind diese hier einzutragen. Beachten Sie bitte, dass es sich in diesem Fall um einen Änderungsantrag handelt. Kreuzen Sie daher das entsprechende Feld unter Randnummer 1 an.

Randnummern 8, 9 und 10

Hier sind die konkreten und gut lesbaren Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte, Krankenhäuser, medizinischer oder anderer Einrichtungen anzugeben, die Ihre unter der Randnummer 6 und 7 angegebenen Leiden in den letzten zwei Jahren behandelt haben. Viele Befunde von Fachärzten können direkt über Ihren Hausarzt abgerufen werden, sodass Ihr Facharzt nicht immer um Befunde gebeten werden muss.

Randnummern 11, 12 und 13

Auch Angaben über abgeschlossene Pflegeversicherungen, Reha-Maßnahmen oder Leistungen von anderen Stellen sind für das Versorgungsamt wichtig.

Randnummer 14

Angaben zu Leistungen anderer Behörden können dem Versorgungsamt helfen, da auch von dort ärztliche Unterlagen abgefordert werden können. Überflüssige erneute Befundanforderungen können so vermieden werden.

Randnummer 15 (Merkzeichen)

Die Merkzeichen haben folgende Bedeutung:

- G Feststellung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr.
- aG Feststellung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung.
- H Feststellung von Hilflosigkeit.
- RF Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Ermäßigung des Rundfunkbeitrages und des Telefonhauptanschlusses.
- B Feststellung der Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson in öffentlichen Verkehrsmitteln.
- Bl Feststellung von Blindheit - Sehkraft beidseits maximal 2 Prozent
- HS Feststellung von hochgradiger Sehbehinderung - Sehkraft beidseits maximal 5 Prozent
- Gl Feststellung von Gehörlosigkeit.
- TBl Feststellung von Taubblindheit - Störung der Hörfunktion mit gleichzeitiger Störung des Sehvermögens.

Randnummer 15 (Beantragung des Schwerbehindertenausweises)

Das Versorgungsamt stellt Ihnen auf Wunsch einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch aus. Voraussetzung ist unter anderem, dass der festgestellte Grad der Behinderung (GdB) wenigstens 50 beträgt.

Hinweis zur Schweigepflicht Ihrer Ärzte

Bitte geben Sie alle Ärzte, Krankenhäuser und andere medizinischen und sonstigen Einrichtungen gut lesbar und mit voller Anschrift an. Nur so werden diese korrekt von Ihrer Schweigepflicht entbunden und dürfen dem Versorgungsamt Auskünfte erteilen. Vergessen Sie zum Abschluss nicht, den Antrag zu unterschreiben.

Ihr Versorgungsamt