

**Landratsamt Ludwigsburg**  
 - Versorgungsangelegenheiten -  
 (Dienstgebäude: Hindenburgstr. 40)

**Öffnungszeiten:**  
 Montag - Freitag 8:30 - 12:00 Uhr  
 Montag 13:30 - 15:30 Uhr  
 Donnerstag 13:30 - 18:00 Uhr

**An das  
 Landratsamt Ludwigsburg  
 -Versorgungsangelegenheiten-  
 Postfach 760  
 71607 Ludwigsburg**

**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, wenn eine Berechtigung zur Mitnahme besteht)
- Merkzeichen „aG“ (Parkerleichterung wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung, z.B. Querschnittgelähmte)
- Merkzeichen „H“ (Nachteilsausgleiche wegen Hilflosigkeit, Notwendigkeit dauernder Hilfe in erheblichem Umfang)
- Merkzeichen „RF“ (Rundfunkbeitragsermäßigung 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>	
<p><b>1. Name</b> _____</p> <p><b>Vorname</b> _____</p> <p><b>Geburtsdatum</b> _____</p> <p>tagsüber tel. zu erreichen unter: _____</p>	<p><b>2. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt</b> (sofern geändert)</p> <p><b>Straße, Hausnummer:</b> _____</p> <p><b>Postleitzahl, Ort:</b> _____</p>
<p><b>3. Sind Sie erwerbstätig?</b> ja <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>4. Aufenthaltsbescheinigung</b></p> <p>Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf.</p> <p><input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis/Niederlassungserlaubnis/Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG/Aufenthaltsgestaltung</p> <p>erteilt am _____ ggf.: gültig bis: _____</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> nur Duldung erteilt am _____ gültig bis _____</p>	
<p><b>Ausländische Antragsteller (außer Unionsbürger):</b>          Bitte Pass (Kopie) vorlegen</p> <p>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.</p> <p><b>Grenzarbeitnehmer:</b></p> <p>Bitte fügen Sie eine Arbeitsbescheinigung Ihres derzeitigen Arbeitgebers und einen Nachweis über Ihren rechtmäßigen Aufenthalt bei.</p>	<p><b>Ausländerbehörde          im Auftrag</b></p> <p>_____</p> <p><b>Datum, Stempel, Unterschrift</b></p>

## II. Angaben über die Gesundheitsstörungen / Erklärungen

<b>Welche</b> der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen haben sich <b>verschlimmert</b> oder sind seit der letzten Entscheidung <b>neu aufgetreten</b> ?	<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 ( <b>bitte ankreuzen</b> )		
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>			
Name/Fachrichtung:  Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch den Hausarzt <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:  Abteilung, Station: Straße: PLZ/Ort:	① ②  ③ ④  ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis  _____ <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
Name:  Abteilung, Station: Straße: PLZ/Ort:	① ②  ③ ④  ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis  _____ <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
4. Reha-Einrichtungen / Kurkliniken		wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (bitte ankreuzen)
Name:  Straße: PLZ/Ort: Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):	① ②  ③ ④  ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis  _____ <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
Name:  Straße: PLZ/Ort: Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):	① ②  ③ ④  ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis  _____ <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant

#### IV. Angaben zu früheren Feststellungen

Wurde bereits eine Entscheidung getroffen

- von einem **Versorgungsamt / Landratsamt** 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 den darauf beruhenden Grad der Schädigungsfolgen (GdS)?  
 Ja     Nein     Entscheidung noch nicht ergangen
- von einer **Berufsgenossenschaft** über das Vorliegen von Unfallfolgen und der darauf beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (Bitte Feststellungsbescheide oder Unterlagen beifügen)  
 Ja     Nein     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?  
 Ja     Nein     Entscheidung noch nicht ergangen    Beginn der Leistung: \_\_\_\_\_ letzte Untersuchung: \_\_\_\_\_  
**Anschrift und Versicherungsnummer** des Sozialversicherungsträgers:

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

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

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

**Wichtig:** Anschrift und Geschäftszeichen des Leistungsträgers (Krankenkasse/Pflegekasse):

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

Besucht Ihr Kind eine/n Behinderteneinrichtung/-kindergarten/-schule  oder eine/n Regelkindergarten bzw. Regelschule

**Bezeichnung und Anschrift:**

Werden Leistungen der Eingliederungshilfe vom Sozialamt bezogen?  Ja  Nein

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

**Bezeichnung und Anschrift:**

## V. Allgemeiner Hinweis

Wenn Sie diesem **Antrag** bereits ein **farbiges Passbild 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. Für Kinder unter 10 Jahren ist kein Passbild einzureichen. Dies gilt auch für Menschen, die das Haus nicht oder nur mit Hilfe eines Krankentransportwagens 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. Sofern ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt wird, erfolgt eine Speicherung Ihres Passbildes für die Dauer von bis zu sechs Jahren. Sie können dieser Speicherung widersprechen.

Die Akten werden möglicherweise einem Arzt außerhalb der Verwaltung zur Begutachtung zugeleitet. Sie können einer solchen Zuleitung an Ärzte außerhalb der Verwaltung ebenfalls 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 farbiges Passbild aus neuester Zeit  
 Kopien ärztlicher Befunde