



## Achtung wichtige Hinweise !!!

**Bitte übersenden Sie den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antrag an das zuständige Hessische Amt für Versorgung und Soziales und nicht an das Regierungspräsidium Gießen, Landesversorgungsamt Hessen.**

**Bitte beachten Sie diesen Hinweis, um unnötige zeitliche Verzögerungen in der Bearbeitung Ihres Antrages zu vermeiden.**

**Die Bearbeitung der Anträge nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) – Schwerbehindertenrecht – erfolgt in dem für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort örtlich zuständigen Hessischen Amt für Versorgung und Soziales (HAVS).**

Nur der vorliegende Antrag mit Unterschrift stellt einen rechtsgültigen Antrag dar.

Bei einer Übersendung des Antrages per Email ist nur dann eine rechtswirksame Antragstellung gegeben, wenn der unterzeichnete vollständige Antrag eingescannt als Bilddatei (pdf-, tiff-, bmp oder jpeg-Format) der Email beigelegt ist.

Das für Sie jeweils zuständige Hessische Amt für Versorgung und Soziales ersehen Sie unter „Örtliche Zuständigkeiten“ in dem Download-Bereich.

Die Adressen der örtlich zuständigen Versorgungsämter ersehen Sie auf den Internetseiten des Regierungspräsidiums Gießen unter „Arbeit und Soziales“ > „Versorgungsverwaltung“ > „Landesamt / Versorgungsämter“



## Änderungsantrag nach dem Schwerbehindertenrecht - Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

**Hinweise:**

Die Angaben in diesem Antrag werden für die Entscheidung über die Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung und der Voraussetzungen von Nachteilsausgleichen gem. § 152 SGB IX benötigt. Nach § 21 Abs. 2 Satz 1 des X. Buches Sozialgesetzbuch sollen Sie bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken. Sofern Sie Ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen, kann dies zur Ablehnung Ihres Antrags führen (§§ 60 ff. I. Buch Sozialgesetzbuch).

x Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Felder an.

Füllen Sie bitte den Antrag sorgfältig und gut leserlich aus und unterschreiben Sie auf der letzten Seite.

**Ich beantrage wegen**

- Verschlimmerung der bisher festgestellten Behinderungen     neu hinzugekommener Behinderungen
- die Feststellung des höheren Grades der Behinderung (GdB)
- die Feststellung von Merkzeichen, und zwar
- G (erheblich gehbehindert)     B (Begleitperson)     aG (außergewönl. gehbehindert)
- BI (blind)     TBI (taubblind)     RF (erhebl. hör- oder sehbehindert oder dauernd an Wohnung gebunden)
- GI (gehörlos)     H (hilflos)

Zur Begründung meines Antrags mache ich nachstehende Angaben; sie beziehen sich auf die Zeit nach der letzten Feststellung durch den Bescheid des Versorgungsamtes  vom

**Bisheriges Geschäftszeichen:**  **Erwerbstätig**  ja  nein

Name	Vorname(n) <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer	PLZ <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort <input type="text"/>
Telefon (tagsüber erreichbar)	Fax <input type="text"/>
Steueridentifikationsnummer (siehe Hinweis und Antrag auf Seite 4)	Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Wenn Sie Ausländer/in oder Staatenlose/r sind, fügen Sie bitte eine Kopie des Aufenthaltstitels bei und legen Sie Ihren Pass vor!**

- Gesetzlicher Vertreter
- Vormund oder Betreuer/in (bitte Kopie d. Bestallungsurkunde bzw. d. Betreuerausweises beifügen!)
- Bevollmächtigter (bitte Vollmacht beifügen!)

Name	Vorname(n) <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Telefon (tagsüber erreichbar)
Straße, Hausnummer	PLZ <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/>	Telefax <input type="text"/>

**Sofern ein Diabetes mellitus geltend gemacht wird, bitte das Original Blutzuckertagebuch der letzten 2 Monate oder eine vergleichbare Dokumentation vorlegen!**

**Sofern eine Schwerhörigkeit geltend gemacht wird, bitte, soweit vorhanden, das Hörgeräteanpassungsprotokoll vorlegen!**

Die folgenden der im letzten Bescheid des Versorgungsamtes bereits festgestellten Behinderungen haben sich geändert:

Die folgenden Gesundheitsstörungen sind seit der letzten Feststellung des Versorgungsamtes hinzugetreten:

**Bei welchen Stellen befinden sich (ärztliche) Unterlagen über die verschlimmerten bzw. neu hinzugetretenen Behinderungen?**

**Gutachten aus den letzten 2 Jahren** (Bitte zutreffendes ankreuzen und nachstehende Angaben ergänzen!), z. B.

Berufsgenossenschaft,  Sozialversicherung,  Gesundheitsamt,  Agentur für Arbeit,  Schule etc.

Stelle	Anschrift	Aktenzeichen	Datum der Untersuchung

**Pflegeversicherung**

Beziehen Sie Leistungen von der Pflegekasse? Wenn ja: Nach welchem Pflegegrad?

Seit wann?

Stelle	Anschrift	Aktenzeichen	Datum der Untersuchung

Bitte fügen Sie den aktuellen **Pflegegeldbescheid** bei und (soweit verfügbar) bitte ergänzen Sie ihn durch **das aktuelle Pflegegutachten** des **Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK)**.

**Blindengeld/Blindenhilfe**

Beziehen Sie Blindengeld oder Blindenhilfe? **Bitte Leistungsbescheid beifügen!**

Blindengeldstelle	Anschrift	Aktenzeichen	Datum der Begutachtung

**Bitte übersenden Sie alle ärztlichen Unterlagen seit der letzten Feststellung, die sich in Ihren Händen befinden, soweit sie die als Behinderung geltend gemachten Gesundheitsstörungen betreffen.**

**Sie tragen damit zu einer Verkürzung der Bearbeitungszeit bei.**

Angaben zu ärztl. Behandlungen seit der letzten Feststellung:

Fachbereich	Name/Bezeichnung und vollständige Anschrift	Welche genannte Gesundheitsstörung wurde behandelt?	Zusatzangaben
Hausärztin/ Hausarzt			Hält Unterlagen aus welchen Fachgebieten vor?
1. Fachärztin/ Facharzt			Fachgebiet: zul. behandelt (Monat/Jahr):
2. Fachärztin/ Facharzt			Fachgebiet: zul. behandelt (Monat/Jahr):
3. Fachärztin/ Facharzt			Fachgebiet: zul. behandelt (Monat/Jahr):
1. Krankenhaus/ Rehaklinik, Klinik			Fachgebiet: zul. behandelt (Monat/Jahr):
2. Krankenhaus/ Rehaklinik, Klinik			Fachgebiet: zul. behandelt (Monat/Jahr):
3. Krankenhaus/ Rehaklinik, Klinik			Fachgebiet: zul. behandelt (Monat/Jahr):
Kurklinik			Kostenträger:  Zeitraum (von/bis)  Aktenzeichen:

Ich bin – war – krankenversichert bei:  
(Name der Krankenkasse)

**Zukünftige Übermittlung von Daten an die Finanzverwaltung (Bitte ggf. ankreuzen!)**

Ich beantrage die zukünftige Übermittlung der zur Inanspruchnahme der steuerlichen Behindertenpauschbeträge erforderlichen Daten an die Finanzverwaltung.

*Die Übermittlung kann erst erfolgen, sobald die Steuerverwaltung die technischen Voraussetzungen geschaffen hat und das Bundesministerium der Finanzen im Einvernehmen mit den obersten Finanzbehörden der Länder im Bundesgesetzblatt den Veranlagungszeitraum bekanntgegeben hat, ab dem die Regelung des § 65 Absatz 3a EStDV erstmals anzuwenden ist.*

Die elfstellige Steuer-Identifikationsnummer, die Ihnen schriftlich vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilt wurde, ist personenbezogen und gilt ein Leben lang. Sie ist nicht zu verwechseln mit der Steuernummer beim jeweiligen Finanzamt oder der eTIN, die in der Lohnsteuerbescheinigung angegeben wird. Das „Gesetz zur Modernisierung des Besteuerungsverfahrens“ vom 18.07.2016 – Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 35, S. 1679 sieht eine künftige Datenübermittlung an die Finanzverwaltung vor.

Der Steuerpflichtige kann demnächst mit seinem Antrag auf Feststellung des Vorliegens einer Behinderung gleichzeitig seinen steuerlichen Nachweispflichten nachkommen, indem er um elektronische Weiterleitung der Feststellungen an die Finanzverwaltung bittet. Der Steuerpflichtige muss dann in der Steuererklärung den Behinderten-Pauschbetrag geltend machen, ohne hierfür einen weiteren Nachweis beifügen zu müssen.

Wird von seitens des Antragstellers der für die Feststellung einer Behinderung zuständigen Stelle seine Steueridentifikationsnummer (bzw. im Fall der Übertragung, die Daten der behinderten Person) nicht mitgeteilt, kann von der Finanzverwaltung der Behinderten-Pauschbetrag nach § 33b Absatz 1 bis 3 EStG demnächst nicht mehr gewährt werden. So kann der Antragsteller selbst bestimmen, ob seine persönlichen Daten an die Finanzverwaltung übermittelt werden.

### **Übermittlung von Sozialdaten an andere Leistungsträger**

Die im Rahmen des Feststellungsverfahrens nach dem SGB IX von Ärztinnen/Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen über Sie können nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger weitergegeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Damit soll das Verwaltungsverfahren bei den unterschiedlichen Sozialleistungsträgern vereinfacht werden. Sofern Sie mit einer solchen Übermittlung nicht einverstanden sind, können Sie der Übermittlung vorab widersprechen.

**Ich widerspreche der Übermittlung entsprechender Daten an andere Sozialleistungsträger.**

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung einer Behinderung nach dem SGB IX, vormals: Schwerbehindertengesetz (SchwbG), gestellt habe. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere eine wesentliche Änderung der als Behinderungen geltend gemachten Gesundheitsstörungen und einen Wohnsitzwechsel werde ich unverzüglich mitteilen.

**Hinweis zur Datenschutz-Grundverordnung: Ich bestätige mit meiner Unterschrift auch die Kenntnisaufnahme des Hinweisblattes zum Datenschutz (DSGVO).**

#### **Einwilligungserklärung gem. §§ 67, 100 X. Buch Sozialgesetzbuch**

Ich bin damit einverstanden, dass das Hessische Amt für Versorgung und Soziales die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag genannten Ärztinnen/Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen geführten medizinischen, psychiatrischen, psychoanalytischen und psychotherapeutischen Unterlagen, insbesondere Entlassungs- und Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden Behinderungen geben können. Unterlagen, die diese Ärztinnen/Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärztinnen/Ärzten und Einrichtungen erhalten haben, sind eingeschlossen. Die Einverständniserklärung bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen. Ich entbinde die beteiligten Ärzte und Ärztinnen insoweit von der Schweigepflicht. Falls ich diese Einwilligungserklärung einschränken will, werde ich eine gesonderte Erklärung abgeben. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in bzw. (gesetzliche/r) Vertreter/in
------------	---

### **Anlagen:**

**Hinweise zum Datenschutz gem. Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Verordnung (EU) 2016/679) - gültig ab 25.05.2018 –**

- Zum Verbleib bei der Antragstellerin / dem Antragsteller -

Die nachfolgenden Informationen sind Ihnen gemäß Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO- Verordnung (EU) 2016/679) bei Erhebung der personenbezogenen Daten mitzuteilen:

**1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen sowie des behördlichen Datenschutzbeauftragten**

Die Durchführung der Feststellungsverfahren nach dem SGB IX obliegt dem für Ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständigen Hessischen Amt für Versorgung und Soziales (HAVS). Jede dieser Einrichtung hat auch einen Datenschutzbeauftragten. Die zuständige Stelle für die Erhebung der Daten im Rahmen des Feststellungsverfahrens nach dem SGB und mithin Verantwortlicher im Sinne der Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung sind die nachfolgend genannten Stellen:

**HAVS Darmstadt:**

Schottener Weg 3, 64289 Darmstadt

Telefon 06151 738-0 (Zentrale), Fax 0611 327644930

E-Mail: [poststelle@havs-dar.hessen.de](mailto:poststelle@havs-dar.hessen.de)

E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: [datenschutz@havs-dar.hessen.de](mailto:datenschutz@havs-dar.hessen.de)

**HAVS Frankfurt/M.:**

Walter-Möller- Platz 1, 60439 Frankfurt/M.

Telefon 069 1567–1 (Zentrale), Fax: 0611 327644893

E-Mail: [post@havs-fra.hessen.de](mailto:post@havs-fra.hessen.de)

E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: [datenschutz@havs-fra.hessen.de](mailto:datenschutz@havs-fra.hessen.de)

**HAVS Fulda:**

Washingtonallee 2, 36041 Fulda

Telefon 0661 6207–0 (Zentrale), Fax: 0611 327644915

E-Mail: [postmaster@havs-ful.hessen.de](mailto:postmaster@havs-ful.hessen.de)

E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: [datenschutz@havs-ful.hessen.de](mailto:datenschutz@havs-ful.hessen.de)

**HAVS Gießen:**

Südanlage 14 a, 35390 Gießen

Telefon 0641 7936-0 (Zentrale), Fax 0641 7936117

E-Mail: [postmaster@havs-gie.hessen.de](mailto:postmaster@havs-gie.hessen.de)

E-Mail Datenschutzbeauftragter: [datenschutz@havs-gie.hessen.de](mailto:datenschutz@havs-gie.hessen.de)

**HAVS Kassel:**

Mündener Str. 4, 34123 Kassel

Telefon 0561 2099-0 (Zentrale), Fax 0561 2099240

E-Mail: [poststelle@havs-kas.hessen.de](mailto:poststelle@havs-kas.hessen.de)

E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: [datenschutz@havs-kas.hessen.de](mailto:datenschutz@havs-kas.hessen.de)

**HAVS Wiesbaden:**

Mainzer Straße 35 (Zugang über Lessingstraße), 65185 Wiesbaden

Telefon 0611 7157-0 (Zentrale), Fax 0611 327644888

E-Mail: [poststelle@havs-wie.hessen.de](mailto:poststelle@havs-wie.hessen.de)

E-Mail Datenschutzbeauftragte/r: [datenschutz@havs-wie.hessen.de](mailto:datenschutz@havs-wie.hessen.de)

**2. Zweck und Rechtgrundlage der Datenverarbeitung**

Die Erhebung der personenbezogenen Daten ist notwendig, um über den Feststellungsantrag nach § 152 SGB IX entscheiden zu können (§ 152 SGB IX, § 67a SGB X).

**3. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten**

Ihre personenbezogenen Daten werden folgendermaßen weiterverarbeitet und an weitere zuständige Stellen übermittelt:

Ihre personenbezogenen Daten werden im Verfahren zur Feststellung nach § 152 SGB IX gespeichert und im Rahmen der Sachverhaltsaufklärung an Ihre behandelnden Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten sowie an Gutachter, private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Einrichtungen, Gerichte und Sozialleistungsträger übermittelt, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist (§ 67b Abs.1 SGB X).

Die von dem Hessischen Amt für Versorgung und Soziales erhobenen Daten werden in der von der Hessischen Zentrale für Datenverarbeitung (HZD) betriebenen zentralen Datenbank im Rahmen der Auftragsdatenverwaltung gespeichert und weiterverarbeitet (§ 67c SGB X).

Das Regierungspräsidium Gießen als Fachaufsichtsbehörde für die Durchführung des SGB IX in Hessen hat zur Wahrnehmung seiner Aufgaben Leserechte in der Datenbank.

Medizinische Gutachterinnen und Gutachter, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen Begutachtung bzw. mit der Auswertung der medizinischen Unterlagen beauftragt worden sind, erhalten Zugang über die erhobenen Daten zu Ihrer Gesundheit.

Medizinische Auskünfte und Unterlagen, die die Verwaltung im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB IX über Sie erhalten hat, dürfen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung der betroffenen Leistungsträger erforderlich ist (§§ 69 Abs.1, 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Dieser Datenübermittlung an andere Sozialleistungsträger kann von Ihnen jederzeit widersprochen werden.

#### **4. Quellen der personenbezogenen Daten**

Medizinische Auskünfte und Unterlagen werden entsprechend Ihrer Einwilligungserklärung von Ihren behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen, Psychologen, Psychotherapeuten sowie von Gutachtern, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Einrichtungen und Gerichten eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist.

#### **5. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten**

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der Aufbewahrungsfristen für die Aufgabenerfüllung nach dem SGB IX erforderlich ist. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt die Löschung der Daten.

#### **6. Betroffenenrechte**

Wenn im jeweiligen Einzelfall die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, haben betroffene Personen nach der Datenschutz-Grundverordnung folgende Rechte:



- Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO)
- Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO)
- Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO)

## **7. Beschwerderecht**

Die Berechtigten auf Durchführung eines schwerbehindertenrechtlichen Feststellungsverfahrens in Hessen haben zur Gewährleistung einer fairen und transparenten Datenverarbeitung ein Beschwerderecht. Zuständig hierfür ist

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden  
Telefon: 06 11/14 08-0  
Telefax: 06 11/14 08-611  
E-Mail: [poststelle@datenschutz.hessen.de](mailto:poststelle@datenschutz.hessen.de)  
Homepage: <http://www.datenschutz.hessen.de>

## **8. Bereitstellung der personenbezogenen Daten**

Wer Sozialleistungen beantragt, muss nach den §§ 60 ff. SGB I alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen angeben und die verlangten Nachweise vorlegen. Sollten Sie die notwendigen Informationen nicht bereitstellen wollen, kann über Ihren Antrag nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden.

## **9. Widerrufsrecht bei Einwilligung**

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Verantwortlichen durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft beim Verantwortlichen widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

## **10. Weiterverarbeitung zu anderen Zwecken**

Ist beabsichtigt, Ihre personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterzuverarbeiten als den, für den sie im Antragsverfahren erhoben wurden, so stellt der Verantwortliche Ihnen vor dieser Weiterverarbeitung Informationen über diesen anderen Zweck und alle anderen maßgeblichen Informationen zur Verfügung.