



Ausgefüllten Antrag bitte senden an:  
Amt für Versorgung und Soziales Gießen  
Südanlage 14 a  
35390 Gießen  
bei Fragen bitte Tel.-Nr. 0641/79360 anrufen

## 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. § 69 SGB IX benötigt. Nach § 21 Abs. 2 Satz 1 des X. Buches Sozialgesetzbuch sollen Sie bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken. Die Verweigerung der Auskunft kann zur Ablehnung Ihres Antrags führen. 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.

Bitte geben Sie das Geschäftszeichen des Versorgungsamtes an:

Name	Vorname	
geboren am	in	
Straße, Hausnummer		tagsüber erreichbar Telefon:
PLZ	Wohnort	Telefax:
Staatsangehörigkeit: <i>Wenn Sie Ausländer oder Staatenloser sind, fügen Sie bitte eine Kopie der Aufenthaltsgenehmigung bei und legen Sie Ihren Paß vor.</i>		

<b>Gesetzlicher Vertreter</b> <b>Vormund oder Betreuer</b> (bitte Kopie der Bestallungsurkunde bzw. des Betreuerausweis beifügen) <b>Bevollmächtigter</b> (bitte Vollmacht beifügen)		
Name	Vorname	
Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort

**Ich beantrage wegen**

**Verschlimmerung der bisher festgestellten Behinderung**

**neu hinzugetretener Behinderungen**

**die Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB)**

**die Feststellung weiterer Merkzeichen, und zwar G, aG, B, H, RF, BI, GI**

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

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 anderen Stellen befinden sich (ärztliche) Unterlagen über die verschlimmerten bzw. neu hinzugetretenen Behinderungen? **Bitte zutreffendes ankreuzen und Anschrift und Geschäftszeichen angeben.**

Berufsgenossenschaft

Arbeitsamt

Landeswohlfahrtsverband (Blindengeld)

Landesversicherungsanstalt

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

Pflegekasse

Beziehen Sie Leistungen der Pflegekasse? Wenn ja, nach welcher Stufe und seit wann ?

Wann wurden Sie deshalb beim medizinischen Dienst der Krankenkasse zuletzt untersucht?

<b>Anschrift:</b>	<b>Geschäftszeichen:</b>
<b>Anschrift:</b>	<b>Geschäftszeichen:</b>

**Bitte übersenden Sie alle ärztlichen Unterlagen seit der letzten Feststellung, die sich in Ihren Händen befinden und die die als Behinderungen geltend gemachten Gesundheitsstörungen betreffen. Sie tragen damit zu einer Verkürzung der Bearbeitungszeit bei.**

**Angaben zu ärztlichen Behandlungen seit der letzten Feststellung:**

	Name/Bezeichnung und Adresse	Wegen welcher der genannten Gesundheitsstörungen wurden Sie behandelt?	Zusatzangaben
Hausarzt	Straße Ort		Von welchen Fachärzten, Krankenhäusern und Kurkliniken hat der Hausarzt Unterlagen?
Fachärzte	Straße Ort		Fachgebiet: zuletzt behandelt: Monat/Jahr
	Straße Ort		Fachgebiet: zuletzt behandelt: Monat/Jahr
Krankenhäuser, Kliniken, Reha-Kliniken	Straße Ort		Station/Abteilung: Zeitraum: ambulant                      stationär
Kurklinik	Straße Ort		Kostenträger: Zeitraum: GZ.:

Ich bin - war- krankenversichert bei:  
Name der Krankenkasse

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

Ich bin damit einverstanden, daß das Versorgungsamt die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag genannten Ärzten, Krankenhäusern, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen, psychiatrischen, psychoanalytischen und psychotherapeutischen Unterlagen, insbes. 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 Ärzte und Einrichtungen von anderen 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.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Antragsteller-in-/gesetzliche-r- Vertreter-in-)

Anlagen: