Eingangsstempel

Sprechzeiten:
Bremen: Montag bis Donnerstag von 9:00 bis 12:30 Uhr, Do. 13:30 bis 17:00 Uhr und nach Vereinbarung

Telefon: 361-5541 oder 361-
Telefax: 361-5326
e-Mail: office@avib.bremen.de

Außenstelle Bremerhaven
Barkhausenstraße 22, Erdgeschoss, Raum E.39
27568 Bremerhaven
Montag – Donnerstag 9 bis 13 Uhr
Telefon: 0471-5902252

An das
Amt für Versorgung
und Integration Bremen
Doventorscontrescarpe 172 D
28195 Bremen

Antrag auf Durchführung eines Feststellungsverfahrens nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Zur Bearbeitung dieses Antrages werden Sie gebeten, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig - in Maschinen- oder Druckschrift- zu beantworten.
Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert. Sie werden darauf hingewiesen, dass diese Angaben für die rechtmäßige Erfüllung der Aufgaben nach dem SGB IX erforderlich sind (§ 67a X. Buch des Sozialgesetzbuches -SGB X-). Nach § 60 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches (SGB I) sind Sie verpflichtet, diese Angaben zu machen.

Sie werden außerdem darauf hingewiesen, dass das Amt für Versorgung und Integration Bremen zur Erfüllung einer Aufgabe nach dem Sozialgesetzbuch oder eines damit zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 des SGB X) auch im Zusammenhang mit einer gesundheitlichen Begutachtung zugänglich gewordene Sozialdaten übermitteln darf, es sei denn, Sie widersprechen.

Zutreffendes bitte ankreuzen [X] oder ausfüllen

Tagsüber erreichbar unter Telefon-Nr.:

Angaben zur Person

Name	Vorname (Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsname	Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	
Geburtsort/-land	Staatsangehörigkeit	
Weitere Wohnsitze (auch Auslandswohnsitze)	Ich bin erwerbstätig: ☐ Nein ☐ Ja	

Steueridentifikationsnummer (s. Hinweis am Ende des Antrages)

Die Angabe der persönlichen Steuer-ID ist zwingend erforderlich, um den Behindertenpauschbetrag bei der steuerlichen Veranlagung geltend machen zu können. Dies gilt auch für Minderjährige.

Gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter: Bitte ggf. Betreuerausweis oder Vollmacht beifügen!	Name, Vorname
	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
	Straße, Hausnr.
	PLZ, Wohnort

Aufenthaltstitel
Von Ausländern (Nicht-EU-Staaten) und Staatenlosen ist der Aufenthaltstitel erforderlich.
Eine Kopie ist beizufügen!

Angaben zur Behinderung und zu ärztlichen Behandlungen (in den letzten 2 Jahren)

Welche dauerhaft vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen werden von Ihnen geltend gemacht und welcher Arzt behandelt diese?

Vorübergehende Leiden bzw. folgenlos ausgeheilte Erkrankungen stellen keine Behinderung dar!

- Sofern eine **Hörbehinderung** mit Hörgeräteversorgung geltend gemacht wird, bitte auch Name und Anschrift des Hörgeräteakustikers angeben.
- Sofern Sie **Diabetes mellitus** geltend machen, wird um eine **Kopie** der letzten 3 Monate des Blutzuckertagebuches gebeten.

Hausarzt	
Name und Anschrift	**Letztes Behandlungsdatum:**
Straße, Hausnummer	
PLZ / Ort	
wegen welcher Gesundheitsstörungen (keine Gesundheitsschlüssel):	Ursache (z. B. Krankheit, Unfall, angeborenes Leiden, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Kriegsleiden)

Facharzt	
Name und Anschrift	**Letztes Behandlungsdatum:**
Straße, Hausnummer	
PLZ / Ort	
wegen welcher Gesundheitsstörungen (keine Gesundheitsschlüssel):	Ursache (z. B. Krankheit, Unfall, angeborenes Leiden, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Kriegsleiden)

Facharzt	
Name und Anschrift	**Letztes Behandlungsdatum:**
Straße, Hausnummer	
PLZ / Ort	
wegen welcher Gesundheitsstörungen (keine Gesundheitsschlüssel):	Ursache (z. B. Krankheit, Unfall, angeborenes Leiden, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Kriegsleiden)

Facharzt	
Name und Anschrift	**Letztes Behandlungsdatum:**
Straße, Hausnummer	
PLZ / Ort	
wegen welcher Gesundheitsstörungen (keine Gesundheitsschlüssel):	Ursache (z. B. Krankheit, Unfall, angeborenes Leiden, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Kriegsleiden)

Sind Sie ständig auf einen Rollstuhl angewiesen? nein ☐ ja ☐

Wurde ein Antrag auf Blindengeld nach dem Bremischen Landespflegegeldgesetz gestellt?

nein ☐ ja ☐ zuständige Behörde: _____

Aktenzeichen:_____

Angaben zu Krankenhausbehandlungen (in den letzten 2 Jahren)

Name des Krankenhauses		Behandlung von bis
Abteilung / Station		
Straße, Hausnummer		Behandlung wegen der Gesundheitsstörungen
PLZ	Ort	
Name des Krankenhauses		Behandlung von bis
Abteilung / Station		
Straße, Hausnummer		Behandlung wegen der Gesundheitsstörungen
PLZ	Ort	

Angaben zu Reha-Maßnahmen (in den letzten 2 Jahren)

Name der Reha-Einrichtung		Behandlung von bis
Straße, Hausnummer		Behandlung wegen der Gesundheitsstörungen
PLZ	Ort	
Name des Kostenträgers, Mitgliedsnummer / Geschäftszeichen		
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort		
Name der Reha-Einrichtung		Behandlung von bis
Straße, Hausnummer		Behandlung wegen der Gesundheitsstörungen
PLZ	Ort	
Name des Kostenträgers, Mitgliedsnummer / Geschäftszeichen		
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort		

Angaben über bisherige Feststellungen/zusätzliche Angaben

Haben Sie bereits früher einen Antrag gestellt?
(**Schwerbehindertenrecht**, Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz o.ä.)

☐ **nein** ☐ **ja**

Versorgungsamt: _____ Geschäftszeichen: _____

Wurde von einer Berufsgenossenschaft/Unfallkasse oder anderen Behörde bereits eine Feststellung über eine Minderung der Erwerbsfähigkeit getroffen oder läuft ein entsprechendes Verfahren **(z. B. aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit)?**
Bitte ggf. Feststellungsbescheide oder entsprechende Unterlagen beifügen.

☐ **nein** ☐ **ja**, bei folgender Berufsgenossenschaft bzw. Behörde
(bitte Namen, vollständige Anschrift, Aktenzeichen angeben)

_____

_____

Erhalten Sie eine **Rente wegen Erwerbsminderung** (keine Altersrente!) aus der gesetzlichen Rentenversicherung, haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt oder sind Klagen anhängig?

☐ **nein** ☐ **ja, seit dem** _____ ☐ **ja, Antrag gestellt am:**_____

Name, Anschrift und Aktenzeichen des Rentenversicherungsträgers:

_____

Erhalten Sie Leistungen aus der Pflegeversicherung?

☐ **nein** ☐ **ja** Pflegegrad: _____ Tag der Untersuchung: _____

Name und Anschrift der Krankenkasse: _____

_____

Bei welchen bisher nicht angegebenen Stellen befinden sich weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen (Arbeitsamt, private Versicherungen, Betriebsärzte, Gesundheitsämter)?

Name, Anschrift und Aktenzeichen:_____

Tag der Untersuchung: _____

Angaben zur beantragten Feststellung

☐ ab Antragseingang	☐ rückwirkend ab: _____ **aus folgendem Grund (z. B. Steuer, Rente, Krankenkasse, Arbeitsplatz)**

Anlagen zum Antrag

Wenn sich Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z.B. Arzt-, Krankenhaus-, Reha-Berichte, Gutachten, Laborbefunde, keine Röntgenbilder und CD-ROM und keine vorläufigen Berichte) in Ihrem Besitz befinden, die nicht älter als 2 Jahre sind, fügen Sie diese bitte **nicht geheftet** diesem Antrag in **Kopie** bei. Sie fördern damit die Beschleunigung des Verfahrens.

Übersenden Sie keine Originale, da die Unterlagen eingescannt und anschließend vernichtet werden.

Beigefügt sind:

Hinweis

Beachten Sie bitte, dass die anliegende Einverständniserklärung unterschrieben zurückgesandt werden muss, da ansonsten eine Bearbeitung Ihres Antrages nicht möglich ist.

Übermittlung von Daten an die Finanzverwaltung

Die Gewährung des Behindertenpauschbetrages setzt **zwingend** voraus, dass die hierfür erforderlichen Daten an die für die Besteuerung der Antragstellerin/des Antragstellers zuständige Finanzbehörde übermittelt werden. Hierzu ist die Angabe der Steuer-Identifikationsnummer notwendig. Durch die Eintragung der Steuer-ID beantragen Sie gleichzeitig die Übermittlung Ihrer Daten für die Besteuerung an die Finanzbehörde und willigen in diese ein. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, die Einwilligung zu widerrufen. Eine automatische Übermittlung der Daten an die Finanzämter erfolgt nach einem Widerruf dann nicht mehr. Auskünfte hierzu erteilt das **Finanzamt**.

_____ _____

Datum Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreter

Name und Vorname d. Antragstellers:_____

Straße, Haus-Nr.: _____ AZ:_____
vom Amt für Versorgung
und Integration Bremen auszufüllen

PLZ, Ort: _____

Einverständniserklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigefügten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach § 152 SGB IX nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Amt für Versorgung und Integration Bremen die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte und medizinischen Unterlagen, insbesondere (Reha-)Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundberichte, Untersuchungs- und Röntgenbefunde, Pflegegutachten von den von mir im Antrag genannten Ärzten, Krankenhäusern, Behörden, Gesundheitsämtern, Einrichtungen für behinderte Menschen, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie von privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherungsunternehmen –auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind - in dem Umfang beizieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geben können. **Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die dem Amt für Versorgung und Integration Bremen im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evtl. Widerspruchsverfahren) durch die von mir ausdrücklich benannten Ärzte oder Stellen noch bekannt gegeben werden.**

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht beschränkt habe, auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen sowie bei Kindern - soweit Entwicklungsstörungen geltend gemacht werden - auch für die Anforderung von Schulberichten bei der jeweiligen Schule.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Auskünfte und Unterlagen im Feststellungsverfahren und einem eventuell anschließenden Widerspruchsverfahren verwendet werden und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Gegebenenfalls: Das Einverständnis gilt mit folgenden Einschränkungen:

_____

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die dem Amt für Versorgung und Integration Bremen mit diesem Verfahren nach dem SGB IX zugänglich gemacht worden sind, auch

- *beauftragten Gutachterinnen/Gutachtern zur medizinischen Beurteilung,*
- *anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung sowie*
- *den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit*

übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).

Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit für die Zukunft formlos widersprechen kann.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Erstes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die Feststellung nach dem SGB IX ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Dies gilt auch, wenn die Feststellung aufgrund der von Ihnen verweigerten Einverständniserklärung nicht getroffen werden kann.

Vorstehende Erklärung ist ein **höchst persönliches Recht** und daher ausschließlich von der Antragstellerin/dem Antragsteller, der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter, der Betreuerin/dem Betreuer - **von der/dem Bevollmächtigten nur dann, wenn die Bevollmächtigung die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, die Gesundheitssorge oder alle Angelegenheiten umfasst -** zu unterschreiben:

.....

(Datum) Unterschrift als ☐ Antragsteller/in ☐ Gesetzliche/r Vertreter/in ☐ Betreuer/in/ Bevollmächtigte/r

Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff Datenschutz – Grundverordnung

Das Amt für Versorgung und Integration Bremen (AVIB) informiert Sie nachfolgend über Art, Umfang und Zweck der Datenerhebung und Verwendung ihrer Daten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der Bearbeitung des Feststellungsantrages nach § 152 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) verarbeitet. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitung ist § 152 SGB IX i. V. m. §§ 67 ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X).

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist daher gesetzlich vorgeschrieben. Sofern Sie Ihre personenbezogenen Daten nicht bereitstellen, kann das AVIB Ihren Antrag nicht bzw. nicht weiterbearbeiten. Zudem kann das AVIB Ihren Antrag wegen fehlender Mitwirkung ganz oder teilweise ablehnen oder bereits getroffene Feststellungen aufheben, soweit die Voraussetzungen für die Feststellung nicht bzw. nicht mehr nachgewiesen sind.

Ihre personenbezogenen Daten werden so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der Aufbewahrungsfristen für die Aufgabenerfüllung nach dem SGB IX und anderer vom Gesetzgeber in Gesetzen oder anderen Vorschriften, welchen der für die Verarbeitung Verantwortliche unterliegt, vorgesehen wurde. Nach diesem Zeitpunkt werden Ihre personenbezogenen Daten routinemäßig und entsprechend den gesetzlichen Vorschriften gelöscht. Der Speicherzeitraum beginnt mit dem Zeitpunkt der Datenerhebung/Antragstellung.

Ihre personenbezogenen Daten werden intern den Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiten des Dezernates Schwerbehindertenrecht weitergeleitet sowie extern 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 (§ 67 b Abs. 1 SGB X).

Das AVIB als verantwortliche datenverarbeitende Stelle ist per Mail unter office@avib.bremen.de bzw. postalisch unter Amt für Versorgung und Integration Bremen, Doventorscontrescarpe 172 D, 28195 Bremen erreichbar. Außerdem besteht die Möglichkeit, die/den Datenschutzbeauftragte(n) der Behörde per E-Mail unter Datenschutzbeauftragte@avib.bremen.de bzw. postalisch unter Amt für Versorgung und Integration Bremen, Doventorscontrescarpe 172 D, 28195 Bremen zu kontaktieren.

Webseite: www.avib.bremen.de

Gegenüber dem AVIB können folgende Rechte nach der DSGVO geltend gemacht werden:

- Auskunft über Ihre gespeicherten und verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15)
- Berichtigung der hinterlegten personenbezogenen Daten (Art. 16)
- Löschung nicht mehr benötigter personenbezogenen Daten (Art. 17)
- Einschränkung der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Art. 18)
- Widerspruch gegen die Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Art. 21)

Die Betroffenenrechte können formlos geltend gemacht werden.

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

Darüber hinaus können Sie sich an die Bremische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragte(r) für den Datenschutz) wenden und dort ein Beschwerderecht geltend machen (§ 77 DSGVO), wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen Art 6 Abs. 1 lit. c. und e DSGVO in Verbindung mit § 152 SGB IX verstößt.

Beschwerden richten Sie bitte an die/den Landesbeauftragte(n) für den Datenschutz Bremen, Arndtstraße 1, 27570 Bremerhaven, https://www.datenschutz.bremen.de oder per Mail an office@datenschutz.bremen.de

Stand: 15.04.2020