

Einfacher und schneller!
Antrag online stellen unter:
www.lasv.brandenburg.de

Landesamt für Soziales und Versorgung
Land Brandenburg



Landesamt für Soziales
und Versorgung
Postfach 100123
03001 Cottbus

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

<input type="checkbox"/> auf erstmalige Feststellung
<input type="checkbox"/> auf Neufeststellung wegen Verschlimmerung des Gesundheitszustandes bzw. Geltendmachung weiterer gesundheitlicher Beeinträchtigungen Bitte Aktenzeichen angeben. (die letzten 8 Ziffern des Geschäftszeichens)
<input type="checkbox"/> auf Zuerkennung von Merkzeichen <input type="checkbox"/> G (erheblich gehbehindert) <input type="checkbox"/> B (Begleitperson) <input type="checkbox"/> aG (außergewöhnlich gehbehindert) <input type="checkbox"/> Bl (blind) <input type="checkbox"/> GI (gehörlos) <input type="checkbox"/> RF (trotz Hörhilfe erheblich hörbehindert, erheblich sehbehindert, Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen nicht möglich) <input type="checkbox"/> H (hilflos) <input type="checkbox"/> TBI (taubblind)
<input type="checkbox"/> auf Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises

Sie unterstützen uns, wenn Sie den Antrag mit einem Kugelschreiber sorgfältig und vollständig in **B L O C K - S C H R I F T** ausfüllen.

Verwenden Sie dabei bitte Umlaute (ä, ö, ü, ß) und keine Umschreibung (ae, ue, oe, ss).

1. Angaben zur Person

Name			
Vorname			
Titel („Dr.“, ...)	Zusatz („von“, ...)		
Geburtsname			
Geburtsdatum	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Straße			Hausnr.
PLZ, Wohnort oder gewöhnlicher Aufenthalt			
E-Mail * (Angabe freiwillig)			
Telefon (Angabe freiwillig)			
Ich bin erwerbstätig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

* Sofern Sie Ihre E-Mail-Adresse mitteilen, können Sie an der Online-Abfrage Ihres Bearbeitungsstandes über www.lasv.brandenburg.de teilnehmen. Nähere Erläuterungen siehe Hinweise.

Staatsangehörigkeit			
Grenzarbeitnehmer/in:	Bitte fügen Sie eine Arbeitsbescheinigung Ihres jetzigen Arbeitgebers und einen Nachweis über Ihren Wohnsitz im Ausland bei.		
Ausländische/r Mitbürger/in:	Bitte fügen Sie eine amtliche Bescheinigung der Ausländerbehörde über Ihren Aufenthaltsrechtlichen Status bei. (Ausgenommen sind Angehörige der EU, Liechtenstein, Island und Norwegen)		
Angaben zum/zur			
<input type="checkbox"/> gesetzliche/r Vertreter/in		<input type="checkbox"/> Betreuer/in	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/er
		(Bitte Bestallungs-/Bestellungsurkunde bzw. Vollmacht beifügen!)	
Name			
Vorname			
Titel („Dr.“, ...)		Zusatz („von“, ...)	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers
Straße			Hausnr.
PLZ, Wohnort			
E-Mail * (Angabe freiwillig)			
Telefon (Angabe freiwillig)			

<input type="checkbox"/> Ich habe bereits einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt.	
Bei folgender Verwaltungsbehörde:	
Aktenzeichen:	

<input type="checkbox"/> Bitte stellen Sie mir Informationsmaterial in leichter Sprache zur Verfügung.	
Aufgrund meiner Sehbehinderung bitte ich darum, mir den Bescheid in einer für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden:	
<input type="checkbox"/> als Großdruck	<input type="checkbox"/> in Brailleschrift (Blindenschrift)

2. Angaben zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen

2.1. Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei erstmaliger Antragstellung	
lfd. Nr.	Die nachfolgenden körperlichen, geistigen und/oder seelischen Beeinträchtigungen, die mindestens 6 Monate andauern, werden von mir geltend gemacht: (Bitte geben Sie nur die Beeinträchtigungen an, die bei der Feststellung berücksichtigt werden sollen.)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

* Sofern Sie Ihre E-Mail-Adresse mitteilen, können Sie an der Online-Abfrage Ihres Bearbeitungsstandes über www.lasv.brandenburg.de teilnehmen. Nähere Erläuterungen siehe Hinweise.

2.2.	Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Neufeststellungsantrag wegen Änderung
Ifd. Nr.	Die nachfolgenden körperlichen, geistigen und/oder seelischen Beeinträchtigungen haben sich seit der letzten Feststellung wesentlich verschlimmert und/oder sind neu hinzugetreten : (Bitte geben Sie nur die Beeinträchtigungen an, die bei der Feststellung berücksichtigt werden sollen.)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

3. Angaben zu ärztlichen Behandlungen in den letzten 2 Jahren

3.1.	Hausarzt/-ärztin	
	Name (ohne Titel, z. B. „Dr.“)	
	Vorname	
	Straße, Haus-Nr.	
	PLZ, Praxisort	

3.2.	Weitere fachärztliche Behandlungen insbesondere der letzten 2 Jahre	
	Name (ohne Titel, z. B. „Dr.“)	
	Vorname	
	Straße, Haus-Nr.	
	PLZ, Praxisort	
	Fachrichtung	
	Wegen der unter 2.1 oder 2.2 angegebenen Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Hat Ihr/e Hausarzt/-ärztin dazu Unterlagen? <input type="checkbox"/> ja
	Name (ohne Titel, z. B. „Dr.“)	
	Vorname	
	Straße, Haus-Nr.	
	PLZ, Praxisort	
	Fachrichtung	
	Wegen der unter 2.1 oder 2.2 angegebenen Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Hat Ihr/e Hausarzt/-ärztin dazu Unterlagen? <input type="checkbox"/> ja

Name (ohne Titel, z. B. „Dr.“)	
Vorname	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Praxisort	
Fachrichtung	
Wegen der unter 2.1 oder 2.2 angegebenen Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Hat Ihr/e Hausarzt/-ärztin dazu Unterlagen? <input type="checkbox"/> ja

3.3	Krankenhausbehandlungen insbesondere der letzten 2 Jahre				
	von – bis	Name und Anschrift des Krankenhauses	Abteilung/ Station	Wegen der Beeinträchtigung (lfd. Nr. Pkt. 2)	Hat Ihr/e Hausarzt/-ärztin dazu Unterlagen? <input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> ja

3.4	Kuren/Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere der letzten 2 Jahre				
	von – bis	Name und Anschrift		Wegen der Beeinträchtigung (lfd. Nr. Pkt. 2)	Hat Ihr/e Hausarzt/-ärztin dazu Unterlagen? <input type="checkbox"/> ja
		der Kureinrichtung			<input type="checkbox"/> ja
		des die Kur-/Reha-Maßnahme bewilligenden Leistungsträgers (z. B. Rentenversicherungsträger, Krankenkasse oder Unfallkasse)			
		Versicherungs-Nr.:			

3.5	Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung	
	Sind Sie pflegebedürftig und haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein	
	Wenn ja: <input type="checkbox"/> Der Antrag wurde abgelehnt.	
	<input type="checkbox"/> Der Antrag wurde bewilligt mit Pflegegrad <input type="text"/> ab: _____	
	<input type="checkbox"/> Über den Antrag wurde noch nicht entschieden.	
	Name und Anschrift der Pflegekasse:	
	Versicherungs-Nr.:	

3.6	Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung		
Erhalten Sie Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus der Rentenversicherung oder haben Sie einen Antrag gestellt?			
<input type="checkbox"/> Nein, ich habe keinen Antrag gestellt. <input type="checkbox"/> Ja, ich erhalte Rente ab: _____ <input type="checkbox"/> Nein, der Antrag wurde abgelehnt. <input type="checkbox"/> Über den Antrag ist noch nicht entschieden.			
Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers:			
Versicherungs-Nr.:			

3.7	Sonstige Entscheidungen		
Hat eine andere Verwaltungsbehörde (z. B. nach dem Sozialen Entschädigungsrecht), eine Berufsgenossenschaft oder ein Gericht bereits eine Feststellung zu den Gesundheitsstörungen, zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder zum Grad der Schädigungsfolgen (GdS) getroffen? Bitte Kopie des aktuellen Bescheides/der Entscheidung beifügen.			
<input type="checkbox"/> Ja, für folgende Gesundheitsstörung(en):		Höhe des/der festgestellten GdS/MdE	Bezeichnung der Verwaltungsbehörde, des Sozialversicherungsträgers oder des Gerichts
			Versicherungsnummer, Aktenzeichen, Datum der Entscheidung

4.	Erklärung
Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung der Behinderung, des Arbeitsverhältnisses (bei Grenzpendlern) und des Wohnsitzes, werde ich unverzüglich mitteilen.	

5.	Mitwirkung
Für die Entscheidung über Ihren Antrag benötigt das Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (LASV) aktuelle Angaben über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand. Das LASV ist daher auf Ihre Mitwirkung angewiesen. In entsprechender Anwendung der §§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) haben Sie alle Tatsachen anzugeben und die Beweismittel zu bezeichnen, die für die beantragten Feststellungen von Bedeutung sind. Bei fehlender Mitwirkung kann die Feststellung bis zur Nachholung der Mitwirkung versagt oder entzogen werden.	

6.	Information zum Antrag auf Feststellung der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch und auf Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises		
6.1	Erhebung personenbezogener Daten		
	<p>Mir ist bekannt, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (LASV) für die Prüfung der Höhe des Grades der Behinderung und/oder des Vorliegens von Merkzeichen aktuelle Angaben über meinen derzeitigen Gesundheitszustand benötigt. Soweit meine Angaben und Unterlagen für eine sachgerechte Beurteilung der Gesundheitsstörungen nicht ausreichen, ist das Landesamt für Soziales und Versorgung auf weitere medizinische Unterlagen und Auskünfte der mich behandelnden Ärztinnen/Ärzte und Einrichtungen angewiesen, auch soweit diese von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Einrichtungen erstellt worden sind. Gemäß § 67a Abs. 2 S. 2 SGB X darf das LASV personenbezogene Daten bei anderen Sozialleistungsträgern erheben, soweit diese durch meinem Antrag benannt worden sind. Darüber hinaus ist eine Erhebung nur in den in § 67a Abs. 2 S. 2 SGB X genannten Fällen zulässig.</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich einer Erhebung bei Dritten jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widersprechen kann.</p>		
6.2.	Übermittlung personenbezogener Daten		
	<p>Ich nehme zur Kenntnis, dass das LASV meine personenbezogenen Daten (Art. 4 Nr. 1 Datenschutz-Grundverordnung – DSGVO), insbesondere auch Gesundheitsdaten (Art. 4 Nr. 15 DSGVO), an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Renten- und Unfallversicherungsträger) im erforderlichen und erlaubten Umfang für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben sowie an Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermitteln darf. Zur eigenen Aufgabenerfüllung darf das LASV diese personenbezogenen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, wenn und soweit dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage für die Übermittlung personenbezogener Daten sind Art. 6 und 9 DSGVO i. V. m. §§ 69 Absatz 1 Nummer 1 und 2 sowie § 76 Absatz 2 Nummer 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X).</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich einer solchen Übermittlung jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widersprechen kann.</p>		
6.3.	Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung		
	<p>Ich bin damit einverstanden, dass das LASV von den von mir im Antrag bzw. im weiteren Verfahren <u>angegebenen</u> oder aus den <u>überlassenen</u> Unterlagen ersichtlichen Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Behörden, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten und sonstigen Personen und Stellen medizinische Unterlagen und Auskünfte in dem Umfang einholt, wie diese Aufschluss über meinen derzeitigen Gesundheitszustand geben können. Meine Einwilligung erstreckt sich auch auf psychische, psychoanalytische und psychotherapeutische Unterlagen und Behandlungen.</p> <p>Mir ist bekannt, dass die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig ist, von mir jederzeit und ohne Angabe von Gründen beschränkt bzw. widerrufen werden kann. Eine nachträgliche Beschränkung oder ein Widerruf wirken sich allerdings nicht für die Vergangenheit, sondern nur für die Zukunft aus.</p> <p>Die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung gilt für dieses Verfahren und für ein sich gegebenenfalls anschließendes Rechtsmittelverfahren bis zur rechtskräftigen Entscheidung.</p> <p>In Kenntnis dessen, entbinde ich die genannten oder aus weiteren Unterlagen ersichtlichen Ärztinnen/Ärzte und sonstigen schweigepflichtigen Personen von ihrer Schweigepflicht und willige ausdrücklich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere meiner Gesundheitsdaten, durch das LASV für den obengenannten Zweck ein.</p> <p><input type="checkbox"/> Von meinem Recht, die vorgenannte umfassende Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zu beschränken, mache ich Gebrauch und schränke diese wie folgt ein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in zeitlicher Hinsicht: • auf bestimmte Ärzte oder Einrichtungen: • Sonstiges: <p>Mir ist bewusst, dass das LASV dann nur nach Lage des Akteninhalts prüfen und dies zu einem negativen Ergebnis für mich führen kann.</p> <p>Die Information des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.</p>		
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Name, Vorname Antragstellerin/Antragsteller</td> <td style="width: 50%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Datum, Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters</td> </tr> </table>	Name, Vorname Antragstellerin/Antragsteller	Datum, Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters
Name, Vorname Antragstellerin/Antragsteller	Datum, Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters		

Bitte vergessen Sie nicht zu unterschreiben.

Information des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg zum Datenschutz

Sie werden im Folgenden entsprechend den gesetzlichen Vorschriften gemäß Art. 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) informiert:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist das

Landesamt für Soziales und Versorgung
des Landes Brandenburg,
Lipezker Str. 45, Haus 5
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-0

Fax: 0331 27548-4548

E-Mail: post@lasv.brandenburg.de

Internet: www.lasv.brandenburg.de

Das Landesamt wird vertreten durch die Präsidentin
Frau Liane Klocek.

Mit der **Datenschutzbeauftragten** des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (LASV) können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

Landesamt für Soziales und Versorgung
Gabriele Jaron
Lipezker Str. 5, Haus 5
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-133

E-Mail: datenschutz@lasv.brandenburg.de

Ihre personenbezogenen Daten sind für folgenden **Zweck** erforderlich:

Durchführung des Feststellungsverfahrens nach § 152 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 Buchstaben a und e sowie Art. 9 Abs. 2 Buchstaben a und b EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO), § 3 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), § 5 Abs. 1 Brandenburgisches Datenschutzgesetz (BbgDSG) und §§ 67 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, können wir Ihren Antrag aber möglicherweise nicht richtig bearbeiten.

Wir geben Ihre personenbezogenen Daten an Dritte weiter, wenn Sie hierzu eingewilligt oder eine gesetzliche Vorschrift eine **Datenübermittlung** ausdrücklich vorsieht.

Ihre Daten verarbeiten wir nur solange sie für den vorgenannten Zweck einschließlich etwaiger Rechtsbehelfsverfahren und kostenrechtlicher Abwicklung, zur Wahrnehmung der Dienst- und Fachaufsicht sowie zur Bearbeitung von Eingaben, Auskunftersuchen und Beschwerden, **erforderlich sind** und darüber hinaus gemäß den gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungsfristen.

Nach der EU-DSGVO haben Sie **folgende Rechte**:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zur Übertragbarkeit **bereitzustellen**.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundenene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.
- Sie können der Übermittlung Ihrer Daten durch uns an Dritte jederzeit **widersprechen**.

Bei **Fragen oder Beschwerden** können Sie sich auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Die Landesbeauftragten für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg
Dagmar Hartge
Stahnsdorfer Damm 77
14532 Kleinmachnow

Telefon: 033203 356-0

Fax: 033203 356-49

E-Mail: poststelle@lda.brandenburg.de

Internet: www.la.brandenburg.de

Allgemeine Hinweise

Übersenden Sie bitte mit dem Antragsformular alle Ihnen vorliegenden **medizinischen Unterlagen (nicht älter als 2 Jahre)** zu den von Ihnen geltend gemachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen in **Kopie** ein, **da diese nach elektronischer Erfassung vernichtet werden**. Sie ersparen uns damit Rückfragen und eine zeitaufwendige Sachverhaltsaufklärung. Ärztliche Atteste mit Diagnosen, aber ohne Angabe von Befunden, Funktionseinschränkungen und Art der Behandlung genügen in der Regel nicht als Nachweis von Behinderungen. Sofern die Angaben und Unterlagen für eine Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes nicht ausreichen, wird das Landesamt für Soziales und Versorgung mit Ihrer Einwilligung bei den von Ihnen angegebenen Ärztinnen, Ärzten und/oder medizinischen Einrichtungen Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand einholen und die dort vorliegenden Unterlagen beiziehen. Wir bitten um Verständnis, wenn dies die Bearbeitungszeit eventuell verlängert. Für diesen Zweck unterzeichnen Sie bitte die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung auf Seite 6 des Antragsformulars.

Bitte gehen Sie die nachfolgende Übersicht der beispielhaft aufgeführten Unterlagen durch und fügen Sie dem Antrag **die für Sie zutreffenden Anlagen** wenn möglich bei:

- unterschiedene** Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung
- Vollmacht, Betreuerausweis, Betreuungsgutachten
- Kopie des Reisepasses und/oder Aufenthaltstitel
(nicht notwendig bei EU-Angehörigen oder aus Ländern Island, Liechtenstein, Norwegen)
- Arbeitsbescheinigungen des Arbeitgebers, Arbeitserlaubnis (nur wenn Grenzarbeitnehmer/in)
- Hausarztbefunde, Facharztbefunde
- Blutzuckertagebuch oder digitale Auswertung (nur bei Diabetes mellitus)
- Krankenhausberichte, Reha-Entlassungsberichte
- Sehtest (nur bei Sehschwäche), Sprachaudiogramm (nur bei Schwerhörigkeit)
- Rentengutachten, Gutachten/Bescheid der Berufsgenossenschaft
- sonstige (Therapie-)Berichte, sonstige medizinische Unterlagen
-

Hinweis zur Antragstellung

Sofern der im Antragsvordruck vorgesehene Raum nicht ausreicht, führen Sie bitte Ihre Angaben auf einem gesonderten Blatt fort. Sollten Sie Fragen zum Antrag haben, können Sie sich persönlich an Ihr zuständiges Bürgerbüro oder telefonisch an das Landesamt für Soziales und Versorgung wenden.

Bürgerbüro in Cottbus Landesamt für Soziales und Versorgung Lipezker Str. 45, Haus 6 03048 Cottbus	Bürgerbüro in Frankfurt (Oder) Landesamt für Soziales und Versorgung Robert-Havemann-Str. 4 15236 Frankfurt (Oder)	Bürgerbüro in Potsdam Landesamt für Soziales und Versorgung Zeppelinstr. 48 14471 Potsdam
Besucherzeiten: Montag: 09:00 – 12:00 Uhr Dienstag: 09:00 – 18:00 Uhr Donnerstag: 09:00 – 16:00 Uhr	Servicetelefon: 0355 2893-800 Mo, Do: 08:00 – 16:00 Uhr Dienstag: 08:00 – 18:00 Uhr Mittwoch: 08:00 – 13:00 Uhr Freitag: 08:00 – 12:00 Uhr	Fax: 0331 27548-4523 E-Mail: service@lasv.brandenburg.de Internet: www.lasv.brandenburg.de

Online-Abfrage des Bearbeitungsstandes

Auf der Internetseite des Landesamtes für Soziales und Versorgung www.lasv.brandenburg.de unter der Rubrik „Schwerbehindertenrecht“ können Sie den aktuellen Bearbeitungsstand Ihres Antrages abrufen.

Dies ist jedoch nur möglich, wenn Sie uns eine E-Mail-Adresse bekannt gegeben haben, ein Antrag zur Bearbeitung vorliegt und Ihnen ein Aktenzeichen mitgeteilt wurde. Die Darstellung des jeweiligen Bearbeitungsabschnittes erfolgt anhand von Säulen. Der aktuelle Bearbeitungsabschnitt ist jeweils gekennzeichnet.

Rückwirkende Feststellung

Auf Antrag kann festgestellt werden, dass ein Grad der Behinderung oder Merkzeichen bereits vor erstmaliger Antragstellung vorgelegen hat, wenn dafür ein besonderes Interesse glaubhaft gemacht wird. Die konkreten wirtschaftlichen Vorteile aus der rückwirkenden Feststellung müssen belegt werden.