

ANTRAG AUF FESTSTELLUNG DER SCHWERBEHINDERUNG (§ 69 SGB IX)

Persönliche Angaben

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Angaben zur Behinderung / Erkrankung

Art der Behinderung / Erkrankung: _____

Datum des Beginns / der Feststellung: _____

Besteht eine Pflegebedürftigkeit? _____

Grad der Behinderung (falls bekannt): _____

Medizinische Unterlagen

Bitte fügen Sie diesem Antrag Kopien aller relevanten ärztlichen Bescheinigungen, Gutachten, Krankenhausberichte und anderer medizinischer Unterlagen bei, die Ihre Behinderung oder Erkrankung dokumentieren.

Weitere Angaben

Sind Sie bereits schwerbehindert? _____

Falls ja, bitte GdB und Nachweis angeben: _____

Erklärung

Hiermit beantrage ich die Feststellung einer Schwerbehinderung gemäß § 69 SGB IX. Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben strafrechtliche Folgen haben können.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

--- Für amtliche Verwendung ---

Eingangsdatum: _____

Aktenzeichen: _____

Prüfer: _____

Feststellung GdB: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/antrag-schwerbehinderung-saarland-muster-vorlage-Antrag-Schwerbehinderung/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.