

Stammdatenschema S03000483V1.0

Metadatum Inhalt

ID S03000483V1.0

Struktur

- 1 **G03000163V4.0** Antragsstellende Person
 - 1 **F03000155V4.0** Antragstellung durch: Text aus **Codeliste**: Antragsteller
Wer stellt den Antrag?
 - 0:1 **G03000090V2.0** Stellvertreter/in
 - 0:1 **F03000152V1.0** Hinweis betreuende Person (statisch): Text
Sie haben ausgewählt, dass Sie den Antrag nicht für sich selbst, sondern für eine andere Person stellen. Bitte tragen Sie im Folgenden Ihre Daten (Nachname, Vorname, Ihre Anschrift) ein und laden Sie die entsprechende Vollmacht (Betreuerausweis, Bestellsurkunde o.ä.) hoch. Anschließend können Sie die Daten für die betroffene Person hinterlegen.
 - 0:1 **F03014568V1.0** Hinweis bevollmächtigte Person (statisch): Text
Sie haben ausgewählt, dass Sie den Antrag nicht für sich selbst, sondern für eine andere Person stellen. Bitte tragen Sie im Folgenden Ihre Daten (Nachname, Vorname, Ihre Anschrift) ein und laden Sie die entsprechende Vollmacht hoch. Anschließend können Sie die Daten für die betroffene Person hinterlegen.
 - 0:1 **F03014569V1.0** Hinweis gesetzliche Vertretung (statisch): Text
Sie haben ausgewählt, dass Sie den Antrag nicht für sich selbst, sondern für eine andere Person stellen. Bitte tragen Sie im Folgenden Ihre Daten (Nachname, Vorname, Ihre Anschrift) ein und laden Sie den Nachweis und die Vollmacht (Bei Eltern minderjähriger Kinder nicht erforderlich) der gesetzlichen Vertretung hoch. Anschließend können Sie die Daten für die betroffene Person hinterlegen.
 - 0:1 **F03002117V2.1** Name der Institution: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
 - 0:1 **F03014492V1.0** Ihr Aktenzeichen/Geschäftszeichen (SBA Feststellung): Text
Ihr Aktenzeichen/Geschäftszeichen
 - 1 **F60000227V1.1** Familienname: Text[{"minLength":"1","maxLength":"120"}]
 - 0:1 **F03000648V1.2** Namenszusatz: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
 - 0:1 **F03000649V1.2** Akademischer Grad: Text[{"minLength":"1","maxLength":"255"}]
 - 1 **F60000228V1.2** Vornamen: Text[{"minLength":"1","maxLength":"80"}]
 - 1 **F60000332V1.2** Geschlecht : Text aus **Codeliste**: geschlecht
Geschlecht
 - 1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
 - 1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
 - 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}[1-9]{1}[0-9]{1})[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
 - 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
 - 0:1 **F60000248V1.1** Anschrift Zusatzangaben:
Text[{"minLength":"1","maxLength":"21"}]
Adresszusatz
 - 0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]
Telefonnummer
 - 0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9._%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]

E-Mail-Adresse

- 0:20 **F03004196V1.1** Vollmacht: Anlage
- 0:1 **F03014571V1.0** Hinweis Anlage SBA (statisch): Text
Sie können die Anlage hier hochladen oder in Kopie an die zentrale Postanschrift übersenden: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie in 31120 Hildesheim. Bitte versehen Sie Ihre Unterlagen beim Versenden per Post mit Ihrem Aktenzeichen und übersenden Sie bis auf Fotos bitte nur Fotokopien und keine Originale, da diese im Zuge der Digitalisierung vernichtet werden.
- 0:20 **F03004194V2.0** Bestellsurkunde/Betreuerausweis/ Vorsorgevollmacht: Anlage
- 0:1 **F03000381V1.0** Hinweis bevollmächtigte Person (statisch): Text
Hinweis: Als bevollmächtigte Person müssen Sie eine von der betroffenen Person unterschriebene Schweigepflichtentbindung als Nachweis hochladen.
- 0:1 **F03014599V1.0** Hinweis Anlage SBA (statisch): Text
Sie können die Anlage hier hochladen oder in Kopie an die zentrale Postanschrift übersenden: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie in 31120 Hildesheim. Bitte versehen Sie Ihre Unterlagen beim Versenden per Post mit Ihrem Aktenzeichen und übersenden Sie bis auf Fotos bitte nur Fotokopien und keine Originale, da diese im Zuge der Digitalisierung vernichtet werden.
- 0:20 **F03004195V1.2** Nachweis der gesetzlichen Vertretung: Anlage
- 0:1 **F03013182V0.2** Checkbox minderjährige Kinder: Wahrheitswert
Als Elternteil eines minderjährigen, betroffenen Kindes, ist kein Nachweis erforderlich.
- 0:1 **F03014600V1.0** Hinweis Anlage SBA (statisch): Text
Sie können die Anlage hier hochladen oder in Kopie an die zentrale Postanschrift übersenden: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie in 31120 Hildesheim. Bitte versehen Sie Ihre Unterlagen beim Versenden per Post mit Ihrem Aktenzeichen und übersenden Sie bis auf Fotos bitte nur Fotokopien und keine Originale, da diese im Zuge der Digitalisierung vernichtet werden.
- 1 **G03000156V4.0** Betroffene Person
Informationen zur betroffenen Person
- 0:1 **F03007901V0.2** Hinweis Stellvertreter/in (statisch): Text
Hinweis für betreuende Personen, bevollmächtigte Personen und gesetzliche Vertretungen: Bitte beachten Sie, dass sich diese und alle folgenden Angaben auf die Person beziehen, für die Sie den Antrag stellen.
- 0:1 **F03014609V2.0** Informationen zu Ihrer Person an Feststellung (statisch): Text
Bitte geben Sie die erforderlichen Informationen zu Ihrer Person an. Machen Sie anschließend bitte auch Angaben dazu, ob Ihr Arbeitsplatz durch die Behinderung akut gefährdet ist.
- 1 **F60000227V1.1** Familienname: Text[{"minLength":"1","maxLength":"120"}]
- 0:1 **F03000648V1.2** Namenszusatz: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:1 **F03000649V1.2** Akademischer Grad: Text[{"minLength":"1","maxLength":"255"}]
- 1 **F60000228V1.2** Vornamen: Text[{"minLength":"1","maxLength":"80"}]
- 0:1 **F60000230V1.1** Geburtsname: Text[{"minLength":"1","maxLength":"75"}]
- 1 **F03000647V1.4** Geburtsdatum (TFG): Datum
Geburtsdatum
- 1 **F60000332V1.2** Geschlecht : Text aus **Codeliste**: geschlecht
Geschlecht
- 1 **F03008921V1.1** Staatsangehörigkeit: Text aus **Codeliste**: Staatsangehörigkeit(TB)
- 0:1 **G03003210V3.0** Anlagen für ausländische Antragsteller (SGB IX)
- 0:1 **F03000659V2.0** Hinweis zum Nachweis Staatsangehörige Nicht-EU-Länder (statisch): Text

Sind Sie Staatsangehörige/Staatsangehöriger eines Nicht-EU-Landes, dann fügen Sie bitte einen rechtmäßigen Aufenthaltstitel bei.

1:20 **F03000489V2.0** amtliche Bescheinigung zum rechtmäßigen Aufenthaltstitel:
Anlage

0:1 **F03014571V1.0** Hinweis Anlage SBA (statisch): Text
Sie können die Anlage hier hochladen oder in Kopie an die zentrale Postanschrift übersenden: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie in 31120 Hildesheim. Bitte versehen Sie Ihre Unterlagen beim Versenden per Post mit Ihrem Aktenzeichen und übersenden Sie bis auf Fotos bitte nur Fotokopien und keine Originale, da diese im Zuge der Digitalisierung vernichtet werden.

1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]

1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]

1 **F03007763V1.0** Land: Text aus **Codeliste**: Staat

0:1 **F03008955V2.0** Bundesland: Text aus **Codeliste**: Bundesland(SBA)

0:1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}[1-9]{1}[0-9]{1})[0-9]{3}","maxLength":"5"}]

0:1 **F03008953V2.0** Postleitzahl Ausland: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]

0:1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]

0:1 **F03008957V2.0** Ort Ausland: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]

0:1 **F60000248V1.1** Anschrift Zusatzangaben: Text[{"minLength":"1","maxLength":"21"}]
Adresszusatz

0:1 **F60000240V1.1** Telefon: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]
Telefonnummer

0:1 **F60000241V1.1** Telefax: Text[{"minLength":"1","maxLength":"23"}]
Telefaxnummer

0:1 **F60000242V1.1** E-Mail: Text[{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9._%+-]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}]
E-Mail-Adresse

0:1 **F03014610V2.0** Hinweis Gewährung des Behindertenpauschbetrages (statisch): Text
Die Gewährung des Behindertenpauschbetrages setzt in Zukunft zwingend voraus, dass die hierfür erforderlichen Daten an die für die Besteuerung der Antragsteller/in zuständige Finanzbehörde übermittelt werden. Hierzu ist die Angabe der Steueridentifikationsnummer notwendig. Durch die Eintragung der Steuer-ID beantragen Sie gleichzeitig die Übermittlung Ihrer Daten für die Besteuerung an die Finanzbehörde. Weitere Informationen finden Sie im Merkblatt zum Antrag nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - SGB IX (PDF)

0:1 **F03000151V1.1** Steueridentifikationsnummer (SBA Feststellung):
Text[{"minLength":"11","maxLength":"11"}]
Steueridentifikationsnummer

1 **F03008958V1.1** Ist Ihr Arbeitsplatz durch die Behinderung akut gefährdet?:
Wahrheitswert

0:1 **G03000266V2.0** Grenzarbeitnehmerin / Grenzarbeitnehmer

1 **F03000652V1.1** Gehen Sie einer Beschäftigung in Niedersachsen nach?:
Wahrheitswert

0:1 **G03000267V2.0** Angaben der Arbeitsstätte in Niedersachsen (Grenzarbeitnehmer)
Angaben der Arbeitsstätte in Niedersachsen

1 **F03000653V1.0** Bitte geben Sie hier die Arbeitsstätte in Niedersachsen an:
Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]

0:20 **F03000658V1.1** Arbeitsbescheinigung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers: Anlage

0:20 **F03008960V1.1** Nachweis über Ihren Wohnsitz: Anlage

- 0:1 **F03014571V1.0** Hinweis Anlage SBA (statisch): Text
Sie können die Anlage hier hochladen oder in Kopie an die zentrale Postanschrift übersenden: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie in 31120 Hildesheim. Bitte versehen Sie Ihre Unterlagen beim Versenden per Post mit Ihrem Aktenzeichen und übersenden Sie bis auf Fotos bitte nur Fotokopien und keine Originale, da diese im Zuge der Digitalisierung vernichtet werden.
- 1 **G03000159V3.0** Vorherige Feststellung einer Behinderung (SBA)
Vorherige Feststellung einer Behinderung
- 1 **G03000157V3.0** Angaben zur bisherigen Antragstellung auf Feststellung eines Grades der Behinderung
- 1 **F03000315V2.0** Antrag auf Feststellung eines Grades der Behinderung: Text aus **Codeliste:** AntragGradBehinderung(SBA)
Haben Sie bereits einen Antrag auf Feststellung einer Behinderung gestellt?
- 0:1 **F03000660V2.0** Aktenzeichen/Geschäftszeichen:
 Text[{"minLength":"0","maxLength":"30"}]
Bitte geben Sie das Aktenzeichen/Geschäftszeichen des vorherigen Antrags auf Feststellung einer Behinderung an.
- 0:1 **G03000158V3.0** Angaben zur Behörde
- 0:1 **F03014611V2.0** Angaben zur Behörde (statisch): Text
Bitte machen Sie Angaben zu der Behörde, bei welcher der Antrag auf Feststellung einer Behinderung gestellt wurde.
- 0:1 **F03000342V1.1** Name der Behörde:
 Text[{"minLength":"0","maxLength":"80"}]
- 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
- 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
- 0:1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1})[1-9]{1}[0-9]{1})[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
- 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
- 1:20 **F03014378V0.1** Nachweis zu vorherigen Feststellungen einer Behinderung (SBA): Anlage
Nachweis zu vorherigen Feststellungen einer Behinderung
- 0:1 **F03014571V1.0** Hinweis Anlage SBA (statisch): Text
Sie können die Anlage hier hochladen oder in Kopie an die zentrale Postanschrift übersenden: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie in 31120 Hildesheim. Bitte versehen Sie Ihre Unterlagen beim Versenden per Post mit Ihrem Aktenzeichen und übersenden Sie bis auf Fotos bitte nur Fotokopien und keine Originale, da diese im Zuge der Digitalisierung vernichtet werden.
- 0:1 **G03000160V3.0** Angaben zum ehemaligen Wohnort
Ehemalige Wohnanschrift
- 0:1 **F03014612V2.0** Hinweis ehemalige Wohnanschrift (statisch): Text
Bitte geben Sie im Folgenden Ihre ehemalige Wohnanschrift an, unter welcher Sie den Antrag auf Feststellung einer Behinderung in einem anderen Bundesland gestellt haben.
- 1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
- 1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
- 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1})[1-9]{1}[0-9]{1})[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
- 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
- 1 **G03000181V3.0** Art der Feststellung (SBA)
Art der Feststellung

- 1 **F03000370V1.1** Antragsart (SGB IX): Text aus **Codeliste: Antragsart**
Wird der Antrag auf Erstfeststellung oder auf Neufeststellung gestellt?
- 0:1 **G03000184V3.0** Angaben zur Neufeststellung
 - 0:1 **F03000373V2.0** Aktenzeichen/Geschäftszeichen (SGB IX):
Text[{"minLength":"0","maxLength":"20"}]
Bitte geben Sie das Aktenzeichen/Geschäftszeichen der vorherigen Feststellung einer Behinderung für die betroffene Person an.
 - 1:2 **F03009011V3.0** Warum wird der Antrag auf Neufeststellung gestellt?: Text aus **Codeliste: Angaben zur Neufeststellung (SBA)**
- 0:1 **G03000185V2.0** Nähere Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung
Angaben zu Änderungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen
 - 1 **F03000371V1.0** Frage Verschlimmerung der Gesundheit: Wahrheitswert
Haben sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seit der letzten Feststellung verschlimmert?
 - 1 **F03000372V1.0** Angabe, ob weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen eingetreten sind: Wahrheitswert
Sind seit der letzten Feststellung weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen eingetreten?
 - 0:1 **F03000439V0.1** Hinweis bei ungültiger Angabe zum Neufeststellungsantrag (statisch): Text
Leider haben Sie keine gültige Angabe zum Neufeststellungsantrag vorgenommen, da Sie beide Fragen mit "Nein" beantwortet haben. Bitte wenden Sie sich an Ihren Ansprechpartner in der Behörde.
- 1 **G03000174V3.0** Beantragung von Merkzeichen
 - 0:1 **F03014613V2.0** Hinweis Merkzeichen (statisch): Text
Bitte wählen Sie alle Merkzeichen aus, die beantragt werden. Erläuterung: Neben dem Grad der Behinderung können weitere gesundheitliche Merkmale vorliegen, durch die weitere Unterstützungen (sogenannte Nachteilsausgleiche) gewährt werden können. Diese werden als Merkzeichen in den Ausweis eingetragen. Durch Auswahl eines Merkzeichens erhalten Sie eine detaillierte Beschreibung zu dem jeweiligen Merkzeichen.
 - 1 **G03000120V2.0** Merkzeichenauswahl
 - 0:1 **F03000263V1.0** Merkzeichen G - erhebliche Gehbehinderung: Wahrheitswert
 - 0:1 **F03014614V1.0** Hinweis Merkzeichen G (statisch): Text
Eine erhebliche Gehbehinderung liegt vor, wenn eine Person große Schwierigkeiten hat, sich im Straßenverkehr zu bewegen oder zu orientieren. Dies ist der Fall, wenn die Person kurze Wegstrecken, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden können, nur mit großen Schwierigkeiten oder mit Gefahren für sich oder andere zurücklegen kann. Weitere Informationen zum Merkzeichen G (PDF)
 - 0:1 **F03000264V1.0** Merkzeichen aG - außergewöhnliche Gehbehinderung: Wahrheitswert
 - 0:1 **F03014615V1.0** Hinweis Merkzeichen aG (statisch): Text
Eine außergewöhnliche Gehbehinderung liegt vor, wenn die schwerbehinderte Person dauernd fremde Hilfe benötigt oder große Anstrengungen aufbringen muss, um sich außerhalb ihres Kraftfahrzeuges zu bewegen und deshalb eine erhebliche mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung mit einem GdB von mindestens 80 vorliegt. Weitere Informationen zum Merkzeichen aG (PDF)
 - 0:1 **F03000265V1.0** Merkzeichen H - Hilflosigkeit: Wahrheitswert
 - 0:1 **F03014616V1.0** Hinweis Merkzeichen H (statisch): Text
Hilflos sind Personen, die infolge ihrer Erkrankung für verschiedene häufig und regelmäßig vorkommende Tätigkeiten dauernd fremde Hilfe in erheblichem

Umfang für einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten benötigen. Gemeint sind Tätigkeiten wie z.B. Nahrungsaufnahme, Körperpflege, An- und Ausziehen, Toilettengänge. Hilflös sind auch Menschen mit einer seelischen und geistigen Behinderung, die zwar in der Lage sind, die Tätigkeiten selbst vorzunehmen, aber dies aufgrund von Antriebslosigkeit nicht ohne Anleitung tun können. Weitere Informationen zum Merkzeichen H (PDF)

- 0:1 **F03000266V1.0** Merkzeichen RF - Ermäßigung des Rundfunkbeitrags: Wahrheitswert
- 0:1 **F03014617V1.0** Hinweis Merkzeichen RF (statisch): Text
Durch die Erteilung des Merkzeichens RF besteht ein Anspruch auf Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf ein Drittel der regulären Gebühren und unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf Ermäßigung der Telefongebühren. Weitere Informationen zum Merkzeichen RF (PDF)
- 0:1 **F03000267V1.0** Merkzeichen B - Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson: Wahrheitswert
- 0:1 **F03014618V1.0** Hinweis Merkzeichen B (statisch): Text
Wenn eine schwerbehinderte Person, bei der die Voraussetzungen für die Merkzeichen G, GI oder H vorliegen, bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen ist (z.B. beim Ein- und Aussteigen oder während der Fahrt), kann sie eine Begleitperson zur Unterstützung mitnehmen. Weitere Informationen zum Merkzeichen B (PDF)
- 0:1 **F03000269V1.0** Merkzeichen GI - Gehörlosigkeit: Wahrheitswert
- 0:1 **F03014620V1.0** Hinweis Merkzeichen GI (statisch): Text
Dieses Merkzeichen erhalten beiderseitig taube Personen und solche, bei denen eine Schwerhörigkeit vorliegt, die an Taubheit grenzt und mit einer schweren Sprachstörung (schwer verständliche Sprache, geringer Sprachschatz) verbunden ist. Dies sind vor allem Personen, bei denen die an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit angeboren oder in der Kindheit erworben worden ist. Weitere Informationen zum Merkzeichen GI (PDF)
- 0:1 **F03000270V1.0** Merkzeichen TBI - Taubblindheit: Wahrheitswert
- 0:1 **F03014621V1.0** Hinweis TBI (statisch): Text
Taubblindheit liegt vor, wenn eine Person wegen einer Störung der Hörfunktion einen Einzel-GdB von mindestens 70 und wegen einer Störung des Sehvermögens einen Einzel-GdB von 100 hat. Weitere Informationen zum Merkzeichen TBI (PDF)
- 0:1 **F03000268V1.0** Merkzeichen BI - Blindheit: Wahrheitswert
- 0:1 **F03014622V1.0** Hinweis Merkzeichen BI (statisch): Text
Dieses Merkzeichen erhalten vollständig erblindete Personen und solche, bei denen die Gesamtsehschärfe beider Augen nicht mehr als 1/50 beträgt. Auch Personen mit vergleichbaren Sehstörungen, wie einer Einengung des Gesichtsfeldes, können einen Anspruch auf dieses Merkzeichen haben. Weitere Informationen zum Merkzeichen BI (PDF)
- 0:1 **F03000380V1.0** Hinweis Facharzt bei Merkzeichen BI (statisch): Text
- Sie beantragen die Zuerkennung des Merkzeichens "BI". Bitte denken Sie daran, den Facharzt für Augenheilkunde bei der Angabe ärztlicher Behandlungen anzugeben.
- 0:1 **F03014623V1.0** Hinweis Gewährung Landesblindengeld (statisch): Text
- Sofern Sie neben diesem Antrag auch Landesblindengeld (einkommens- und vermögensunabhängig) nach dem Niedersächsischen Gesetz über das Landesblindengeld für Zivilblinde (BlindGeldG ND) beantragen möchten, können wir die für Sie zuständige Landesblindengeldbehörde informieren. Die Landesblindengeldbehörde wird Ihnen anschließend zusätzliche Antragsunterlagen übersenden. Sollten Sie nur die Feststellung des Merkzeichens „BI“ und nicht zugleich das Landesblindengeld beantragen, mache ich Sie zur Vermeidung von Rechtsnachteilen darauf aufmerksam, dass das Landesblindengeld frühestens vom

Ersten des Monats gezahlt wird, in dem der Antrag gestellt wird. Wenn Sie diese Leistung anstreben, ohne sie hier beantragen zu wollen, wenden Sie sich bitte zeitnah an die für Sie zuständige Landesblindengeldbehörde.

- 0:1 **F03014625V1.0** Hinweis nähere Auskünfte (statisch): Text
- Darüber hinaus besteht für blinde Menschen, die zu Hause leben und in besonderen Lebenssituationen sind, die Möglichkeit, eine einmalig pauschalierte Leistung aus dem Landesblindenfonds des Landes Niedersachsen zu beantragen. Nähere Auskünfte erhalten Sie bei der Hauptstelle des Nds. Landessozialamtes in Hildesheim. Die Anschrift lautet: Domhof 1, 31134 Hildesheim, Tel: 05121/3040, Fax: 05121-304611. Soweit Sie einen Antrag auf einkommens- und vermögensabhängige Blindenhilfe nach § 72 SGB XII stellen möchten, wenden Sie sich bitte an das für Sie zuständige Sozialamt.
- 0:1 **F03014626V1.0** Hinweis Landesblindengeld (statisch): Text
Sie haben hier die Möglichkeit die Gewährleistung des Landesblindengeldes nach dem Niedersächsischen Gesetz über das Landesblindengeld für Zivilblinde (BlindGeldG ND) zu beantragen. Wir leiten Ihren Antrag an das zuständige Amt weiter. Weitere Informationen zum Landesblindengeld (PDF)
- 0:1 **F03009012V0.1** Möchten Sie die Gewährung des Landesblindengeldes beantragen?: Wahrheitswert

1 **G03000161V3.0** Anträge Berufsgenossenschaft

- 1 **F03000345V1.1** Frage Antrag auf Gesundheitsstörungen: Wahrheitswert
Haben Sie bei einer Berufsgenossenschaft oder einer Behörde ein Antrag auf Anerkennung von Gesundheitsstörungen als Berufskrankheit/Arbeits- bzw. Dienstunfall oder nach dem Sozialen Entschädigungsrecht gestellt?
- 0:1 **F03014379V1.0** Aktenzeichen/Geschäftszeichen Berufsgenossenschaft (SBA):
 Text[{"maxLength":"30"}]
Bitte geben Sie das Aktenzeichen/Geschäftszeichen des Antrags bei einer Berufsgenossenschaft oder einer weiteren Behörde an.
- 0:1 **F03000343V1.0** Gesundheitliche Beeinträchtigung:
 Text[{"minLength":"0","maxLength":"1024"}]
Welche Gesundheitsstörung(en) wurden dort festgestellt bzw. geltend gemacht?
- 0:1 **F03000344V1.1** Vorläufige Entscheidung: Text aus **Codeliste**: vorläufige Entscheidung
Wünschen Sie vom Landessozialamt eine vorläufige Entscheidung?
- 0:1 **G03006284V2.0** Angaben zur Behörde
- 0:1 **F03014627V2.0** Hinweis Berufsgenossenschaft (statisch): Text
Bitte benennen Sie im Folgenden die Berufsgenossenschaft oder die Behörde, bei der Sie den Antrag auf Anerkennung von Gesundheitsstörungen als Berufskrankheit/Arbeits- bzw. Dienstunfall oder nach dem Sozialen Entschädigungsrecht gestellt haben.
- 1 **F03000342V1.1** Name der Behörde: Text[{"minLength":"0","maxLength":"80"}]
- 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
- 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
- 0:1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1})[1-9]{1}[0-9]{1})[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
- 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
- 1:20 **F03009009V1.1** Entscheidung anderer Dienststelle (SBA): Anlage
Entscheidung anderer Dienststelle
- 0:1 **F03014571V1.0** Hinweis Anlage SBA (statisch): Text
Sie können die Anlage hier hochladen oder in Kopie an die zentrale Postanschrift übersenden: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie in 31120 Hildesheim. Bitte versehen Sie Ihre Unterlagen beim Versenden per Post mit

Ihrem Aktenzeichen und übersenden Sie bis auf Fotos bitte nur Fotokopien und keine Originale, da diese im Zuge der Digitalisierung vernichtet werden.

- 1 **G03000162V3.0** Rentenansprüche wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
 - 1 **F03000346V1.1** Frage Rentenanspruch: Wahrheitswert
Haben Sie bereits einen Rentenanspruch wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gestellt?
 - 0:1 **F03000343V1.0** Gesundheitliche Beeinträchtigung:
Text[{"minLength": "0", "maxLength": "1024"}]
Welche Gesundheitsstörung(en) wurden dort festgestellt bzw. geltend gemacht?
 - 0:1 **F03000510V1.1** Bitte geben Sie Ihre Rentenversicherungsnummer an.:
Text[{"minLength": "0", "maxLength": "25"}]
 - 0:1 **G03003205V3.0** Angaben zur Behörde
 - 0:1 **F03014628V2.0** Hinweis Behörde Rentenanspruch (statisch): Text
Bitte benennen Sie im Folgenden die Behörde, bei der der Rentenanspruch gestellt wurde.
 - 1 **F03000342V1.1** Name der Behörde: Text[{"minLength": "0", "maxLength": "80"}]
 - 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "55"}]
 - 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "11"}]
 - 0:1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength": "5", "pattern": "([0-9]{1}[1-9]{1}){1}[1-9]{1}[0-9]{1}[0-9]{3}", "maxLength": "5"}]
 - 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "50"}]
- 1 **G03000166V3.0** Anträge Feststellung Pflegegrad
 - 0:1 **F03014629V2.0** Hinweis Pflegekasse zur Sachverhaltsermittlung (statisch): Text
Wenn Sie nicht möchten, dass die Pflegekasse zur Sachverhaltsermittlung kontaktiert wird, können Sie die Schweigepflichtentbindung am Ende des Antrags für die Pflegekasse separat verweigern. Dies führt jedoch dazu, dass Ihr Antrag ggf. nicht hinreichend geprüft werden kann und möglicherweise abgelehnt werden muss.
 - 1 **F03000348V1.1** Pflegegradfeststellung: Text aus **Codeliste**: Pflegegrad(SBA)
Haben Sie bereits einen Antrag auf Feststellung eines Pflegegrades gestellt?
 - 0:1 **F03000350V1.0** Pflegegrad: Text aus **Codeliste**: Pflegegrad
Bitte geben Sie den festgestellten Pflegegrad an
 - 0:1 **F03009010V1.1** Krankenversicherungsnummer:
Text[{"minLength": "0", "maxLength": "25"}]
Bitte geben Sie Ihre Kranken-/Pflegeversicherungsnummer an.
 - 0:1 **G03000167V3.0** Angaben zur Kranken-/Pflegekasse
 - 0:1 **F03014630V2.0** Angaben zu der Kranken-/Pflegekasse (statisch): Text
Bitte machen Sie Angaben zu der Kranken-/Pflegekasse, bei welcher der Antrag zur Feststellung des Pflegegrades gestellt wurde.
 - 1 **F03000351V1.1** Name der Kranken-/Pflegekasse:
Text[{"minLength": "0", "maxLength": "80"}]
 - 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "55"}]
 - 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "11"}]
 - 0:1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength": "5", "pattern": "([0-9]{1}[1-9]{1}){1}[1-9]{1}[0-9]{1}[0-9]{3}", "maxLength": "5"}]
 - 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength": "1", "maxLength": "50"}]
- 0:* **G03000091V3.0** Dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung (SBA)
Dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung
- 0:1 **F03014633V2.0** Hinweis gesundheitliche Beeinträchtigungen (statisch): Text
Im Rahmen der Antragsprüfung werden bei den Ärzten und Kliniken, die Sie benennen, grundsätzlich sämtliche gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfragt (entsprechend

einer erteilten Schweigepflichtentbindung). Dadurch kann der höchstmögliche Grad der Behinderung festgestellt und alle relevanten Merkmale zuerkannt werden. Unter dem Punkt 1.11 Einschränkung Prüfung gesundheitlicher Beeinträchtigungen können Sie die Abfrage für bestimmte gesundheitliche Beeinträchtigungen einschränken, wenn Sie dies wünschen.

- 0:1 **F03014634V2.0** Frage bewertete Gesundheitsstörungen (statisch): Text
Welche der bereits bewerteten Gesundheitsstörungen hat/haben sich verschlimmert oder sind hinzugekommen?
- 1 **F03000157V1.1** Gesundheitliche Beeinträchtigung:
Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
Bitte geben Sie die dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung an
- 0:1 **F03009013V1.0** Handelt es sich bei dieser Beeinträchtigung um: Text aus **Codeliste:** Beeinträchtigung(SBA)
- 1 **F03000161V1.0** Ursache der gesundheitlichen Beeinträchtigung: Text aus **Codeliste:** Ursache der gesundheitlichen Beeinträchtigung
Bitte geben Sie die Ursache für Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung an.
- 0:20 **F03009014V1.2** Befundberichte: Anlage
- 0:1 **F03014571V1.0** Hinweis Anlage SBA (statisch): Text
Sie können die Anlage hier hochladen oder in Kopie an die zentrale Postanschrift übersenden: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie in 31120 Hildesheim. Bitte versehen Sie Ihre Unterlagen beim Versenden per Post mit Ihrem Aktenzeichen und übersenden Sie bis auf Fotos bitte nur Fotokopien und keine Originale, da diese im Zuge der Digitalisierung vernichtet werden.
- 1 **G03003206V2.0** Einschränkung Prüfung gesundheitlicher Beeinträchtigungen
- 1 **F03009015V2.0** Frage Umfang gesundheitlicher Beeinträchtigungen:
Wahrheitswert
Soll der Antrag alle bestehenden dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen umfassen?
- 0:1 **F03009016V2.0** Bitte geben Sie die dauerhafte/n gesundheitliche/n Beeinträchtigung/en an, die bei der Feststellung nicht berücksichtigt werden sollen.:
Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 1 **G03000165V3.0** Hausärztin/Hausarzt
- 1 **G03000175V3.0** Angaben zur Behandlung durch Hausärztin/Hausarzt
- 1 **G03000164V3.0** Angaben zur/zum Hausärztin/Hausarzt
- 0:1 **F03014635V1.0** Angaben Hausärztin/ Hausarzt (statisch): Text
Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer/Ihrem Hausärztin/ Hausarzt. Erläuterung: Die Kontaktdaten der Hausärztin/ des Hausarztes werden benötigt, um ärztliche Befunde über Ihre dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigung/en einzuholen. Diese sind zur Prüfung und Bestimmung des Grades der Behinderung erforderlich. Die Kontaktaufnahme und vor allem die Herausgabe der Gesundheitsdaten erfolgt selbstverständlich nur nach Erteilung des Einverständnisses durch die Schweigepflichtentbindung im späteren Verlauf des Antrags.
- 0:1 **F03000363V1.0** ärztliche Person aus Ärzteverzeichnis selektieren: Text
Bitte wählen Sie aus dem Verzeichnis die/den Ärztin/Arzt aus:
- 0:1 **F03014636V2.0** oder (statisch): Text
oder
- 0:1 **F03000657V1.0** kein Eintrag im Ärzteverzeichnis: Wahrheitswert
Die/der Ärztin/Arzt ist nicht im Ärzteverzeichnis enthalten. Ich möchte die Daten manuell eingeben.
- 0:1 **F03000650V1.0** Titel: Text[{"minLength":"1","maxLength":"119"}]
Akademischer Grad/Titel

- 0:1 **F03000347V1.1** Name Hausärztin/Hausarzt:
Text[{"minLength":"0","maxLength":"50"}]
- 0:1 **F60000228V1.2** Vornamen: Text[{"minLength":"1","maxLength":"80"}]
- 0:1 **F03000360V1.0** Fachrichtung: Text aus **Codeliste**: Fachrichtung
- 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
- 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
- 0:1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}){1}[1-9]{1}[0-9]{1}){1}[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
- 0:1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
- 0:* **G03000169V3.0** Angaben zur Behandlung durch Fachärztin/Facharzt
 - 0:1 **F03014637V2.0** Angaben zur fachärztlichen Behandlungen in den letzten zwei Jahren (statisch): Text
Bitte machen Sie Angaben zu Ihren fachärztlichen Behandlungen in den letzten zwei Jahren. Erläuterung: Für die Prüfung des Grades der Behinderung sind neben der hausärztlichen Behandlung ebenso fachärztliche Behandlungen zu berücksichtigen. Um die fachärztlichen Befunde für die Prüfung des Antrags heranzuziehen, benötigen wir die Kontaktdaten der Fachärztin / des Facharztes und den Behandlungszeitraum. Wie im Fall der hausärztlichen Behandlungen erfolgt die Kontaktaufnahme und vor allem die Herausgabe der Gesundheitsdaten selbstverständlich nur nach Erteilung der Schweigepflichtentbindung im späteren Verlauf des Antrags.
 - 0:1 **F03000363V1.0** ärztliche Person aus Ärzteverzeichnis selektieren: Text
Bitte wählen Sie aus dem Verzeichnis die/den Ärztin/Arzt aus:
 - 0:1 **F03014636V2.0** oder (statisch): Text
oder
 - 0:1 **F03000657V1.0** kein Eintrag im Ärzteverzeichnis: Wahrheitswert
Die/der Ärztin/Arzt ist nicht im Ärzteverzeichnis enthalten. Ich möchte die Daten manuell eingeben.
 - 0:1 **G03000170V1.1** Angaben zur/zum Fachärztin/Facharzt
 - 0:1 **F03000650V1.0** Titel: Text[{"minLength":"1","maxLength":"119"}]
Akademischer Grad/Titel
 - 1 **F03000359V1.1** Name Fachärztin/Facharzt:
Text[{"minLength":"0","maxLength":"50"}]
 - 0:1 **F60000228V1.2** Vornamen: Text[{"minLength":"1","maxLength":"80"}]
 - 1 **F03000360V1.0** Fachrichtung: Text aus **Codeliste**: Fachrichtung
 - 1 **G03000172V1.0** Anschrift
 - 1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
 - 1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
 - 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}){1}[1-9]{1}[0-9]{1}){1}[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
 - 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
 - 1:* **F03000436V1.1** Angegebene gesundheitliche Beeinträchtigung selektieren:
Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
Aufgrund welcher der nachfolgend aufgeführten gesundheitlichen Beeinträchtigung/en waren Sie in Behandlung?
 - 1 **F03013171V0.1** Behandlungszeitraum von (SBA): Text
Behandlungszeitraum von
 - 1 **F03013172V0.1** Behandlungszeitraum bis (SBA): Text
Behandlungszeitraum bis

- 0:1 **F03000361V1.0** Angabe, ob Unterlagen bei/beim Hausärztin/Hausarzt: Wahrheitswert
Wurden Befunde / Unterlagen zu der gesundheitlichen Beeinträchtigung der/dem Hausärztin/Hausarzt übergeben?
- 0:* **G03000168V3.0** Angaben zur Behandlung im Krankenhaus
- 0:1 **F03014645V2.0** Frage Behandlung im Krankenhaus (statisch) : Text
Wurden Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus behandelt? Erläuterung: Bitte machen Sie hier Angaben zu dem Krankenhaus, in dem Sie behandelt wurden, und zum Behandlungszeitraum.
- 0:1 **F03000362V1.0** Krankenhaus aus dem Verzeichnis selektieren: Text
Bitte wählen Sie aus dem Verzeichnis das Krankenhaus aus:
- 0:1 **F03014636V2.0** oder (statisch): Text
oder
- 0:1 **F03000678V1.0** kein Krankenhauseintrag im Ärzteverzeichnis: Wahrheitswert
Das Krankenhaus ist nicht im Verzeichnis enthalten. Ich möchte die Daten manuell eingeben.
- 0:1 **F03009018V1.1** Name behandelnde/behandelnder Ärztin/Arzt:
Text[{"minLength":"0","maxLength":"50"}]
- 0:1 **F03000356V1.0** Station : Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
Station
- 0:1 **G03000171V2.0** Angaben zum Krankenhaus
Angaben zur Behandlung im Krankenhaus
- 1 **F03000358V2.0** Name des Krankenhauses:
Text[{"minLength":"0","maxLength":"80"}]
- 1 **G03000172V1.0** Anschrift
- 1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
- 1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
- 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}){1}[1-9]{1}[0-9]{1}){0-9}{3}","maxLength":"5"}]
- 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
- 1:* **F03000436V1.1** Angegebene gesundheitliche Beeinträchtigung selektieren:
Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
Aufgrund welcher der nachfolgend aufgeführten gesundheitlichen Beeinträchtigung/en waren Sie in Behandlung?
- 1 **F03000353V1.0** Behandlungszeitraum von: Datum
- 1 **F03000354V1.0** Behandlungszeitraum bis: Datum
- 0:1 **F03000361V1.0** Angabe, ob Unterlagen bei/beim Hausärztin/Hausarzt: Wahrheitswert
Wurden Befunde / Unterlagen zu der gesundheitlichen Beeinträchtigung der/dem Hausärztin/Hausarzt übergeben?
- 0:* **G03000177V3.0** Angaben zur Reha- und Anschlussbehandlungen
- 0:1 **F03014646V2.0** Frage gesundheitliche Beeinträchtigungen Rehaklinik (statisch): Text
Wurden Sie aufgrund einer der genannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen in einer Rehaklinik behandelt?
- 0:1 **F03000435V1.0** Rehaklinik aus dem Verzeichnis selektieren: Text
Bitte wählen Sie die Rehaklinik aus dem Verzeichnis aus:
- 0:1 **F03014636V2.0** oder (statisch): Text
oder
- 0:1 **F03000679V1.0** kein Rehaklinikeintrag im Ärzteverzeichnis: Wahrheitswert
Die Rehaklinik ist nicht im Verzeichnis enthalten. Ich möchte die Daten manuell eingeben.

- 0:1 **G03000178V2.0** Angaben zur Reha- und Anschlussbehandlungen
- 1 **F03000367V1.1** Name der Rehaklinik: Text[{"minLength":"0","maxLength":"80"}]
 - 1 **G03000172V1.0** Anschrift
 - 1 **F60000243V1.1** Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
 - 1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
 - 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}][1-9]{1}[0-9]{1})[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
 - 1 **F60000247V1.1** Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
 - 1 **F03000368V1.0** Kostenträger: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
 - 0:1 **F03009019V2.0** Versicherungsnummer: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
 - 1:* **F03000436V1.1** Angegebene gesundheitliche Beeinträchtigung selektieren: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
Aufgrund welcher der nachfolgend aufgeführten gesundheitlichen Beeinträchtigung/en waren Sie in Behandlung?
 - 1 **F03000353V1.0** Behandlungszeitraum von: Datum
 - 1 **F03000354V1.0** Behandlungszeitraum bis: Datum
 - 0:1 **F03000361V1.0** Angabe, ob Unterlagen bei/beim Hausärztin/Hausarzt: Wahrheitswert
Wurden Befunde / Unterlagen zu der gesundheitlichen Beeinträchtigung der/dem Hausärztin/Hausarzt übergeben?
 - 1 **G03000173V3.0** Geltungszeitpunkt der Feststellung
 - 1 **F03000170V1.1** Geltungszeitraum der Feststellung: Text aus **Codeliste:**
Geltungszeitraum der Feststellung
Ab wann soll die beantragte Feststellung gelten?
 - 0:1 **F03000172V2.0** Geltungszeitpunkt (rückwirkend): Datum
Bitte geben Sie das Datum an, ab dem die Feststellung rückwirkend gelten soll.
 - 0:1 **F03000173V1.1** Ursache für rückwirkende Geltung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"50"}]
Bitte geben Sie das Interesse / den Grund für die Beantragung einer rückwirkenden Feststellung an.
 - 1 **G03003207V3.0** Weitere Angaben (SBA Feststellung)
Weitere Angaben
 - 0:1 **F03014647V2.0** Hinweis Informationen und Anmerkungen (statisch) : Text
Wenn Sie Informationen und Anmerkungen zum Antrag auf Feststellung einer Behinderung und Zuerkennung von Merkzeichen machen möchten, können Sie diese hier vornehmen. Außerdem haben Sie die Möglichkeit ein Passbild hochzuladen, das ggf. für die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises genutzt werden kann. Wenn sich Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand - wie zum Beispiel weitere Arzt-, Krankenhaus-, Reha-Berichte, Gutachten, EKG und Laborbefunde - in Ihrem Besitz befinden, laden Sie diese gerne unter „Sonstige Anlagen“ hoch. Sie fördern damit die Beschleunigung des Verfahrens.
 - 0:1 **F03009020V1.0** Bitten geben Sie im Folgenden weitere Informationen und Anmerkungen an: Text[{"minLength":"0","maxLength":"1024"}]
 - 0:1 **F03009021V2.0** Passbild: Anlage
 - 0:20 **F03014745V1.0** Sonstige Anlagen (SBA Feststellung): Anlage
Sonstige Anlagen
 - 0:1 **F03014571V1.0** Hinweis Anlage SBA (statisch): Text
Sie können die Anlage hier hochladen oder in Kopie an die zentrale Postanschrift übersenden: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie in 31120 Hildesheim. Bitte versehen Sie Ihre Unterlagen beim Versenden per Post mit Ihrem

Aktenzeichen und übersenden Sie bis auf Fotos bitte nur Fotokopien und keine Originale, da diese im Zuge der Digitalisierung vernichtet werden.

1 **G03000221V3.0** Schweigepflichtentbindung

- 0:1 **F03014648V2.0** Hinweis Antragsbearbeitung Schweigepflicht (statisch): Text
Um eine zügige und rasche Antragsbearbeitung zu gewährleisten, bittet das Landesamt für Soziales, Jugend und Familie um die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte laden Sie am Ende der Seite das Dokument zur Schweigepflichtentbindung herunter und bestätigen oder versagen Sie Ihr Einverständnis in dem Dokument. Anschließend können Sie das Dokument wieder hochladen oder per Post übersenden.
- 0:1 **F03000180V2.0** Überschrift Entbindung von der Schweigepflicht (statisch): Text
Entbindung von der Schweigepflicht
- 0:1 **F03014649V2.0** Hinweis Einverständnis Schweigepflicht (statisch): Text
Durch die Schweigepflichtentbindung erklären Sie sich damit einverstanden, dass das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (Landessozialamt) die Auskünfte und medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundscheine, Untersuchungsbefunde, Pflege- und Betreuungsgutachten, Entwicklungsberichte, Zeugnisse) von den von Ihnen benannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Gesundheitsämtern, Gerichten, Sozialleistungsträgern, sozialen Einrichtungen, Schulen sowie von privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherungsunternehmen - auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind - in dem Umfange bezieht, wie diese für die Feststellung der von Ihnen geltend gemachten Gesundheitsstörung/en oder Merkmale erforderlich sind.
- 0:1 **F03014650V2.0** Hinweis Erklärung Schweigepflicht (statisch): Text
Diese Erklärung erstreckt sich, soweit Sie Ihre Schweigepflichtentbindung nicht beschränken auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte stattgefunden haben, sind dem Landessozialamt unverzüglich mitteilen. Sofern Sie bei Ihrer Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes bestimmen, werden auch Unterlagen über ärztliche Untersuchungen, die während der Feststellungsverfahren vorgenommen werden, angefordert.
- 0:1 **F03014651V2.0** Hinweis Einwilligungserklärung (statisch): Text
Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen. Insoweit entbinden Sie die vom Landessozialamt ersuchten Ärzte, Krankenanstalten, andere Behandlungsstätten, Behörden und private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen von ihrer Schweigepflicht. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere eine Veränderung der Funktionsbeeinträchtigung, des rechtmäßigen Aufenthalts, des Arbeitsverhältnisses als Grenzarbeitnehmer und des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag oder danach eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.
- 0:1 **F03014652V2.0** Hinweis Entbindung von der Schweigepflicht (statisch): Text
Die Entbindung von der Schweigepflicht ist ein höchst persönliches Recht und kann daher ausschließlich von der Antragstellerin/dem Antragsteller, der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter, der Betreuerin/dem Betreuer mit entsprechender Befugnis, nicht aber von der/dem Bevollmächtigten erteilt werden. Bitte wählen Sie im Folgenden aus, auf welche Art Sie Ihre Schweigepflichtentbindung abgeben bzw. versagen möchten. Laden Sie das Dokument zur Schweigepflichtentbindung herunter und bestätigen oder versagen Sie Ihr Einverständnis in dem Dokument. Gleichzeitig können Sie Ihre Antragsstellung in dem Dokument per Unterschrift verifizieren. Anschließend können Sie das Dokument wieder hochladen oder per Post übersenden.
- 0:1 **F03009023V1.1** Erklärung zur Schweigepflichtentbindung: Text aus **Codeliste:**
 Schweigepflicht(SBA)

Auf welche Art möchten Sie Ihre Erklärung zur Schweigepflichtentbindung einreichen?

- 0:1 **F03009024V1.1** Erklärung zur Schweigepflichtentbindung: Text aus **Codeliste:** Schweigepflicht(SBA)
Auf welche Art möchten Sie Ihre Erklärung zur Schweigepflichtentbindung einreichen?
- 0:1 **F03014659V1.0** Die Authentifizierung erfolgt am Ende des Antrags (statisch): Text
Die Authentifizierung erfolgt am Ende des Antrags.
- 0:1 **F03009025V1.1** Wollen Sie Einschränkungen der Schweigepflichtentbindung aufnehmen?: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
- 0:1 **F03009026V1.0** Ich stimme der Schweigepflichtentbindung in dieser Form zu.: Wahrheitswert
- 0:1 **F03014653V0.1** Vordruck Schweigepflichtentbindung herunterladen (Cirali): Text
Vordruck Schweigepflichtentbindung herunterladen
- 0:1 **G03006364V2.0** Ablehnung der Schweigepflichtentbindung hochladen / per Post übersenden
- 0:1 **F03014654V2.0** Hinweis Ablehnung der Schweigepflicht (statisch): Text
Sie haben sich dafür entschieden, die Schweigepflichtentbindung nicht zu erteilen. Bitte beachten Sie, dass unter diesen Umständen ausschließlich anhand der von Ihnen eingereichten Unterlagen über Ihren Antrag entschieden wird. Bitte laden Sie das anliegende Dokument herunter und füllen Sie es entsprechend aus. Sie können das Dokument anschließend wieder hochladen oder per Post an folgende Adresse senden: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie 31120 Hildesheim
- 0:1 **G03003208V2.0** Einwilligung in die Schweigepflichtentbindung digital hochladen (SBA)
Einwilligung in die Schweigepflichtentbindung digital hochladen
- 0:1 **F03014655V1.0** Hinweis Vertretung Schweigepflicht (statisch): Text
Sie können entweder als betroffene Person, betreuende Person (soweit vom Aufgabenkreis umfasst) oder als gesetzliche Vertretung die Schweigepflichtentbindung ausdrucken, ausfüllen, unterschreiben und hochladen. Falls Sie als bevollmächtigte Person den Antrag stellen, müssen Sie für die Schweigepflichtentbindung die Einwilligung/Versagung der betroffenen Person, der betreuenden Person oder der gesetzlichen Vertretung einholen.
- 1:20 **F03009027V1.2** Unterzeichnete Schweigepflichtentbindung: Anlage
- 0:1 **F03014571V1.0** Hinweis Anlage SBA (statisch): Text
Sie können die Anlage hier hochladen oder in Kopie an die zentrale Postanschrift übersenden: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie in 31120 Hildesheim. Bitte versehen Sie Ihre Unterlagen beim Versenden per Post mit Ihrem Aktenzeichen und übersenden Sie bis auf Fotos bitte nur Fotokopien und keine Originale, da diese im Zuge der Digitalisierung vernichtet werden.
- 0:1 **G03006365V2.0** Einwilligung in die Schweigepflichtentbindung per Post senden
Einwilligung in die Schweigepflichtentbindung per Post an das Landessozialamt senden
- 0:1 **F03014656V2.0** Hinweis Schweigepflichtentbindung per Post senden (statisch): Text
Sie können entweder als betroffene Person, betreuende Person (soweit vom Aufgabenkreis umfasst) oder als gesetzliche Vertretung die Schweigepflichtentbindung ausdrucken, ausfüllen, unterschreiben und per Post an das Landessozialamt senden. Falls Sie als bevollmächtigte Person den Antrag stellen, müssen Sie für die Schweigepflichtentbindung die Einwilligung/Versagung der betroffenen Person, der betreuenden Person oder der gesetzlichen Vertretung einholen. Die ausgefüllte und unterschriebene Schweigepflichtentbindung senden Sie bitte an: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie 31120 Hildesheim
- 0:1 **G03003209V3.0** Rechtlicher Hinweis

- 0:1 **F03014657V2.0** Hinweis digitale Schweigepflicht (statisch): Text
Sie haben sich für die digitale Entbindung von der Schweigepflicht entschieden, diese wird Ihren Ärzten gegenüber wirksam, wenn Sie die folgende Auswahl bestätigen.
- 0:1 **F03014658V2.0** Hinweis medizinische Unterlagen (statisch): Text
Mir ist bewusst, dass von den benannten behandelten Ärzten und Einrichtungen Auskünfte und medizinische Unterlagen eingeholt werden, die einem begutachtenden Arzt weitergeleitet werden.
- 1 **F03009028V1.0** Erklärung: Wahrheitswert
Ich erkläre mich mit der unter 1.18 genannten Entbindung von der Schweigepflicht (vorbehaltlich genannter Einschränkungen) einverstanden.
- 1 **G03001503V2.0** Mitwirkungspflicht und Datenschutz (SBA)
Mitwirkungspflicht und Datenschutz
- 0:1 **F03014575V1.0** Hinweis Mitwirkungspflicht SBA (statisch): Text
Mitwirkungspflicht: Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist das Landessozialamt auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Deshalb ist in den §§ 60 bis 67 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) die Mitwirkungspflicht der oder des Leistungsberechtigten gesetzlich geregelt.
- 0:1 **F03014576V1.0** Hinweis Sozialleistungen SBA (statisch): Text
Wer Sozialleistungen beantragt, hat u.a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem hat er auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z.B. Krankenkasse, behandelnde Ärzte, Arbeitgeber usw.) zuzustimmen. Ist die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, weil Sie nicht mitwirken, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u.a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann. Sollten sich Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen ergeben, müssen Sie diese dem Landesamt unverzüglich mitteilen.
- 1 **F03004381V2.0** Zustimmung korrekte Angaben : Wahrheitswert
Hiermit versichere ich, die Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen getätigt zu haben und mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.
- 0:1 **F03014577V1.0** Hinweis Datenschutz SBA (statisch): Text
Die Rechtsgrundlagen zur rechtmäßigen Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in den §§ 152 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) i.V.m. §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Die Informationen zu den Risiken der Datenübermittlung und den Informationspflichten nach Artikel 13 ff. Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) finden Sie in den Informations- und Transparenzpflichten nach Art. 13 DSGVO (PDF).
- 1 **F03004380V2.0** Abfrage Datenverarbeitung : Wahrheitswert
Stimmen Sie der Datenverarbeitung zu?
- 0:1 **F03014578V1.0** Hinweis Datenübermittlung SBA (statisch): Text
Datenübermittlung: Angaben, die das Landessozialamt von einer Ärztin/einem Arzt im Rahmen einer Begutachtung oder zur Ausstellung einer Bescheinigung erhält, dürfen im erforderlichen Umfang an Dritte (Deutsche Rentenversicherung, Integrationsamt) weitergegeben werden (§ 69 Abs.1 Nr.1-3 i.V.m. § 76 Abs.2 Nr.1 SGB X). Sie können dieser Weitergabe jederzeit widersprechen.
- 0:1 **F03006361V2.0** Ich widerspreche dieser Übermittlung an Dritte: Wahrheitswert