



Fachklinik
Bad Bentheim



Vortrag sozialrechtliche Fragen

Sozialdienst
2017

Sie erhalten Informationen zu folgenden Themen:

- Entlassung aus der medizinischen Rehabilitation
- Wirtschaftliche Sicherung
- Zuzahlung zur Rehabilitation
- Gesundheitskosten
- Schwerwiegend chronisch Krank
- Schwerbehindertenrecht

Entlassung aus der Rehabilitation

Am Tag nach der Entlassung müssen Sie ...

→ bei Arbeitsfähigkeit

die Arbeit aufnehmen bzw. sich bei der Agentur für Arbeit/ dem Jobcenter melden

→ bei Arbeitsunfähigkeit

sich erneut bei Ihrem behandelnden Arzt vorstellen

Achtung eine vorzeitige Entlassung bedeutet nicht Urlaub!!!

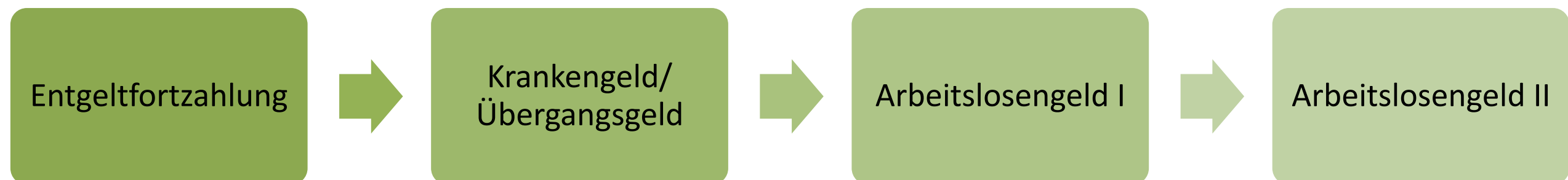
Bundesurlaubsgesetz

§ 7 Zeitpunkt, Übertragbarkeit und Abgeltung des Urlaubs:

1)... Der Urlaub ist zu gewähren, wenn der Arbeitnehmer dies im Anschluss an eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation verlangt.

!Bitte rechtzeitig mit dem Betrieb abklären und Urlaub einreichen!

Wirtschaftliche Sicherung bei Arbeitsunfähigkeit



Entgeltfortzahlung

Bei Krankheit zahlt Ihr Arbeitgeber 6 Wochen lang Ihr Gehalt weiter

aber nur wenn Sie mindestens 4 Wochen dort beschäftigt waren

Keine Entgeltfortzahlung wegen derselben Erkrankung, wenn in den letzten 6 Monaten bereits eine AU bestanden hat oder seit Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit noch keine 12 Monate vergangen sind



Krankengeld

Voraussetzungen:

- Zum Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit waren Sie krankenversichert (bei privaten Versicherungen muss Krankengeldanspruch mit versichert sein)
- AU aufgrund einer Krankheit oder stationäre Behandlung im Krankenhaus, in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung

Dauer der Leistung:

- 78 Wochen wegen derselben Krankheit in einem Zeitraum von 3 Jahren
danach erfolgt die Aussteuerung
- ➡ Antrag beim Arbeitsamt stellen (Krankenkasse fordert Sie schriftlich auf)
- Nahtlosigkeitsregelung § 145 SGB III Minderung der Leistungsfähigkeit

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

- bundeseinheitliches Formular
- Ausfertigungen für:
 - Krankenkasse
 - Arzt
 - Arbeitgeber
 - Versicherter



AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code

ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code

☐ sonstiger Unfall, Unfallfolgen ☐ Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ☐ stufenweise Wiedereingliederung

☐ Sonstige _____

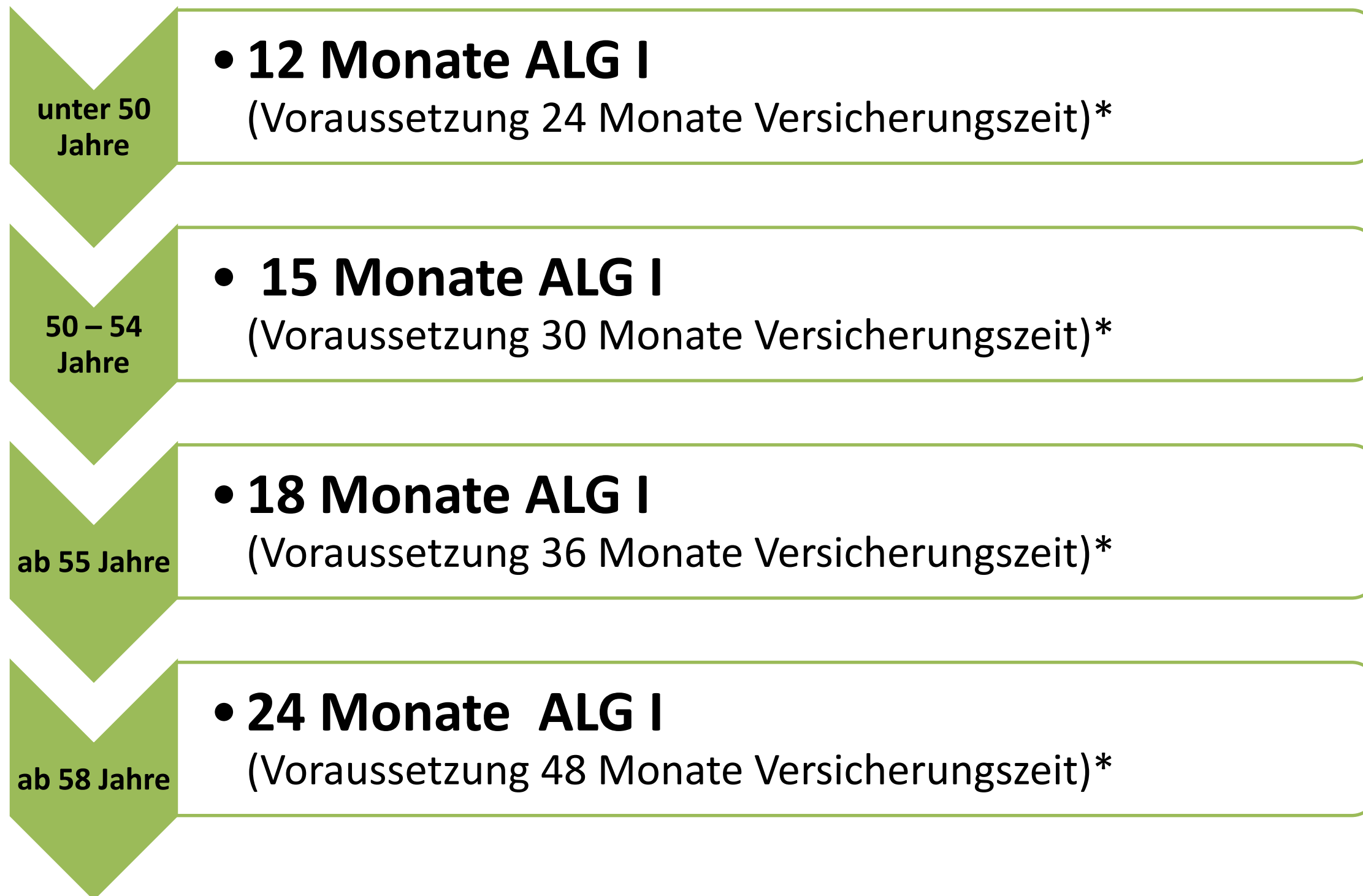
Im Krankengeldfall ☐ ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall ☐ Endbescheinigung

Hinweis für Versicherte zum Krankengeld

Achten Sie bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit auf einen lückenlosen Nachweis. Hierfür stellen Sie sich bitte spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin vor. Bei verspäteter Vorlage der Bescheinigung bei der Krankenkasse oder lückenhaftem Nachweis der Arbeitsunfähigkeit droht Krankengeldverlust. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Muster 1c (1.2016)

Arbeitslosengeld I (seit 2008)



* während der vergangenen 5 Jahre

Übergangsgeld über die Deutsche Rentenversicherung

erhalten..

- Versicherte, die Beiträge vor der Rehabilitationsmaßnahme entrichtet haben oder ALG I beziehen

(ALG II wird weiter gezahlt → kein Antrag notwendig)

- Die Höhe richtet sich nach dem persönlichen Einkommen
 - Grundlage der DRV: 80% des erzielten regelmäßigen Engelts/Arbeitseinkommen = Regelentgelt
- davon:
 - 75% → mit Kind (unter 18 Jahren) oder Schwerbehinderten Kind oder pflegebedürftigen Lebenspartnern im Haushalt
 - 68% → ohne Kind

Zuzahlung zur medizinischen Rehabilitation

Versicherte ab 18 Jahren müssen zu folgenden Leistungen Zuzahlungen leisten:

bei Anschlussrehabilitation (AHB)

- über die Rentenversicherung max.14 Tage → 10€ pro Tag

bei medizinischen Heilverfahren

- über die Rentenversicherung: 42 Tage → 10€ pro Tag
- über die Berufsgenossenschaft grundsätzlich keine Zuzahlung erforderlich

Zuzahlungsbefreiung über die DRV

- **Personen die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben**
- **bei teilstationärer/ ambulanter Rehabilitation**
- **Bei Bezug von:**
 - Übergangsgeld
 - ALG II
 - Hilfe zum Lebensunterhalt/ Sozialhilfe
 - Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- **Wenn das eigene Netto-Einkommen im Kalendermonat vor Beantragung der Reha unter 1.191,00 € (2017) bzw. unter 1.219 € (2018) liegt.**

Gesundheitskosten bei der Krankenkasse

Zuzahlungen sind auf maximal 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt begrenzt

+ das heißt: alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhaltes bestimmt sind und gegenwärtig zur Verfügung stehen: z.B.: Arbeitseinkommen, Mieteinnahmen, Abfindungen, Betriebsrenten...

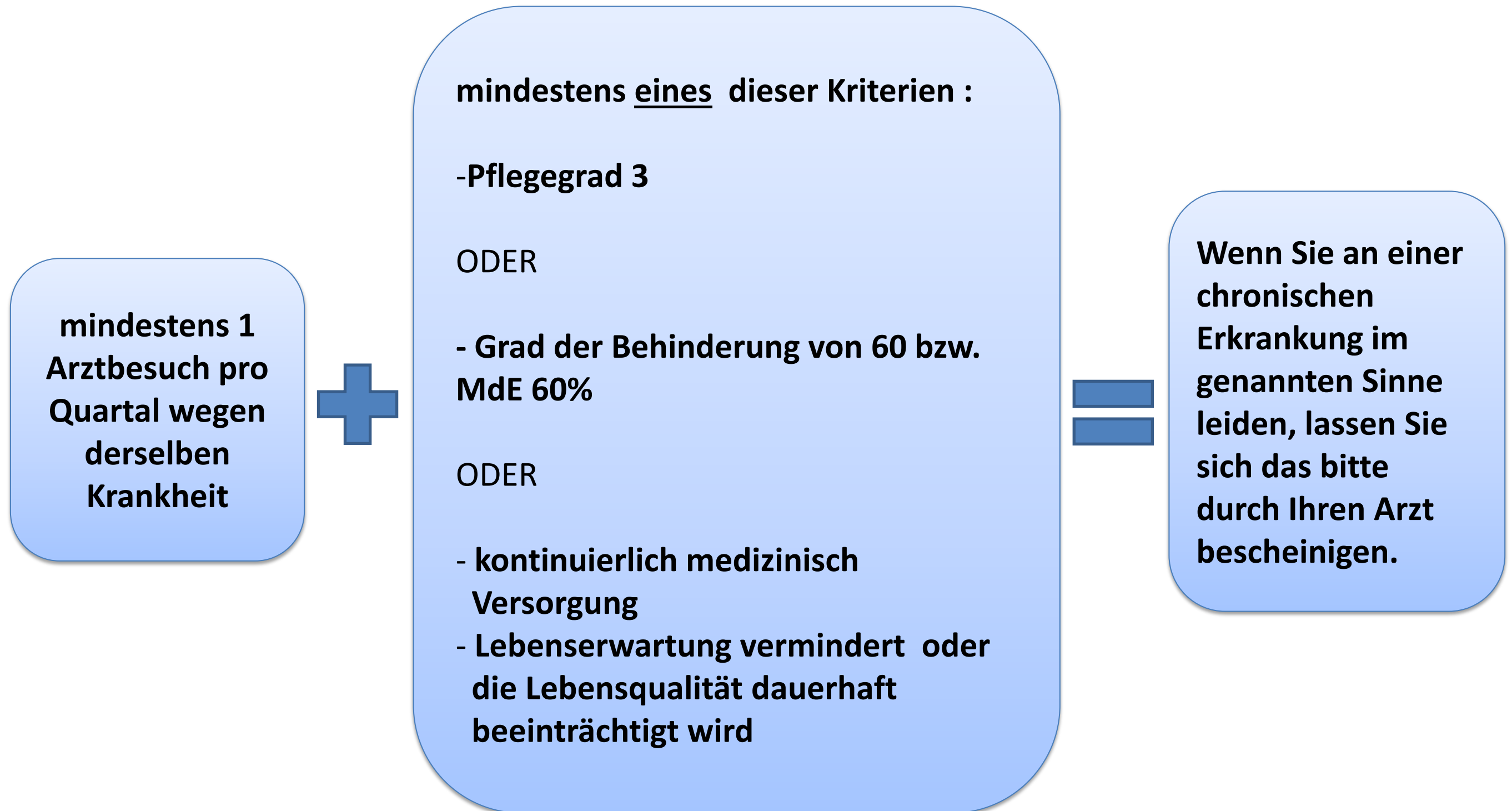
■ Familien können pro Kind 7.356 € von ihren anzurechnenden jährlichen Bruttoeinnahmen abziehen.
Für den Ehepartner können 5.355 € in Abzug gebracht werden.
(Stand 2017)

Gesundheitskosten

- medizinischer Rehabilitation **10€ pro Tag**
bei AHB maximal 28 Tage, der Krankenhausaufenthalt wird angerechnet
- Im Krankenhaus bis zu 28 Tagen **10€ pro Tag**
- Rezeptpflichtige Medikamente und Hilfsmittel **10% des Preises mind. 5€/ höchstens 10€ je Verordnung**
- Heilmittel und häusliche Krankenpflege **10€ je Verordnung und 10% der Kosten**

Ausnahmen bilden Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Inkontinenzhilfen): Zuzahlung von 10% je Verbrauchseinheit, aber maximal 10€ pro Monat.

Schwerwiegend chronisch Krank- Voraussetzungen



Schwerwiegend chronisch Krank

- bundeseinheitliches Formular
- liegt den Vertragsärzten vor und kann dort elektronisch ausgefüllt werden
- chronisch kranke Menschen müssen maximal 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen an Zuzahlungen leisten

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) (ICD-10)		
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich		
☐	ja, Ende der Dauerbehandlung derzeit nicht absehbar	
☐	ja, voraussichtlich bis	
☐	nein	
Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung erfolgt über die hausärztliche Versichertenpauschale bzw. ist die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig.		
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		

Bescheinigung einer 55 schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V

Seit

T	F	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 (mindestens 4 Quartale zurückliegend) ist der Versicherte wegen derselben Erkrankung in Dauerbehandlung.

Muster 55 (10.2016)

Behinderung

Eine Behinderung (§2 SGB IX) liegt vor, wenn die:

- körperliche Funktion
- geistige Fähigkeit oder
- seelische Gesundheit

eines Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Schwerbehindertenrecht

- der Grad der Behinderung wird in 10er Schritten von 20 bis 100 festgelegt
 - liegen mehrere Funktionsstörungen vor, werden diese zunächst einzeln bewertet und anschließend die Gesamtauswertung errechnet
- Achtung: keine pure Addition!!!
- bis zum GdB von 40 wird ein Feststellungsbescheid erteilt
erst mit einem GdB von 50 wird ein Schwerbehindertenausweis erstellt

An das Niedersächsische Landesamt
für Soziales, Jugend u. Familie
- Landessozialamt -

Außenstelle

Eingangsstempel

**(Erst-)Antrag nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX)
Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen- Schwerbehindertenrecht -**

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,
bevor Sie diesen Antragsvordruck ausfüllen, lesen Sie bitte die im anhängenden Merkblatt enthaltenen
Hinweise.

Durch ein vollständiges Ausfüllen des Vordruckes vermeiden Sie Rückfragen!

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Landessozialamt

► **zuständiges Amt**

1. Angaben zu Ihrer Person

Name:			
Vorname:		Geburtsname:	
Geburtsdatum:		Geschlecht:	☐ weiblich ☐ männlich
Straße, Hausnummer:			
Postleitzahl, Wohnort:			
Staatsangehörigkeit:			
Telefon / Fax / E-Mail (freiwillige Angabe für Rückfragen)			
Sind Sie Ausländer/in , dann fügen Sie bitte eine amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt bei.			
Sind Sie Grenzarbeitnehmer/in , dann fügen Sie bitte eine Arbeitsbescheinigung Ihrer/s jetzigen Arbeitgeberin/Arbeitgebers und einen Nachweis über Ihren Wohnsitz im Ausland bei.			

► **persönliche Angaben**

Ist Ihr Arbeitsplatz akut gefährdet?	☐ JA	☐ NEIN
---	-----------------------------	-------------------------------

☐	Gesetzliche Vertreter/in	Name, Vorname	
☐	Bevollmächtigte/r	Straße, Haus-Nr.	
☐	Betreuer/in	PLZ, Wohnort	

Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer bestellt oder eine Bevollmächtigte benannt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreter, der Betreuerin/des Betreuers oder der Bevollmächtigten/des Bevollmächtigten angeben und Kopie der Bestallungsurkunde, des Betreuerausweises oder der Vollmacht vorlegen.

2. Landesblindengeld

Falls Sie nachstehend unter **Nr. 4** (Merkzeichen) die Zuerkennung des **Merkzeichens "BI" (Blind)** wünschen, können Sie an dieser Stelle zugleich die Gewährung des Landesblindengeldes nach dem Niedersächsischen Gesetz über das Landesblindengeld für Zivilblinde (LBIGG) beantragen.

Wollen Sie das? Wir leiten den Antrag an das zuständige Amt weiter!

☐ Ja, ich beantrage die Gewährung des Landesblindengeldes.

☐ Nein

(Unterschrift)

Bitte beachten Sie hierzu unbedingt die weiteren Hinweise zu Punkt 6.4 des anhängenden Merkblattes !

3. Welche dauerhaft vorliegenden Gesundheitsstörungen machen Sie geltend?

Gesundheitsstörung (z.B. Wirbelsäulenschaden, Herzerkrankung, Depression, etc.)		Ursache (Ziffer)	mögliche Ursachen: 1 = Arbeitsunfall/Berufs- krankheit 2 = Krankheit 3 = angeborenes Leiden 4 = Kriegs-/ Wehr-/Zivil- dienstleiden 5 = Verkehrsunfall (nicht Arbeitsunfall) 6 = häuslicher Unfall (nicht Arbeitsunfall) 7 = sonstige oder mehrere Ursachen
3.1			
3.2			
3.3			
3.4			
3.5			
3.6			
3.7			

Soll Ihr Antrag **alle** bei Ihnen bestehenden Gesundheitsstörungen umfassen?
(z.B. Erkrankungen, die erst im Antragsverfahren bekannt werden und hier nicht aufgeführt sind)
Bei „Nein“ geben Sie bitte im Antrag nur die Gesundheitsstörungen an, die berücksichtigt werden
sollen.

☐ Ja ☐ Nein

4. Ich beantrage die Zuerkennung folgender Merkzeichen

☐	G	erhebliche Gehbehinderung (Siehe Hinweise Nr. 6.2 des Merkblattes)
☐	aG	außergewöhnliche Gehbehinderung (Siehe Hinweise Nr. 6.7 des Merkblattes)
☐	H	Hilflosigkeit (Siehe Hinweise Nr. 6.2 des Merkblattes)
☐	RF	Rundfunkgebührenermäßigung (Siehe Hinweise Nr. 6.3 des Merkblattes)
☐	B	Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson (Siehe Hinweise Nr. 6.2 des Merkblattes)
☐	Bl	Blind (Siehe Hinweise Nr. 6.4 und 6.7 des Merkblattes)
☐	Gl	Gehörlos (Siehe Hinweise Nr. 6.2 und 6.5 des Merkblattes)

5. Die beantragte Feststellung soll gelten:

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

6. Angaben zu bisherigen Feststellungen

6.1 Haben Sie schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt? ☐ Nein ☐ Ja, bei (Behörde mit Name <u>und</u> Anschrift sowie Aktenzeichen): Ehemaliger Wohnort:
6.2 Haben Sie bei einer Berufsgenossenschaft oder einer Behörde einen Antrag auf Anerkennung von Gesundheitsstörungen als Arbeitsunfall/Berufskrankheit oder als Dienstunfall gestellt? ☐ Nein ☐ Ja, bei (Behörde mit Name <u>und</u> Anschrift sowie Aktenzeichen): Gesundheitsstörung: Falls ja: Wünschen Sie vom Landessozialamt eine vorläufige Entscheidung? ☐ Ja, ich wünsche eine vorläufige Entscheidung. ☐ Nein, die Entscheidung der Berufsgenossenschaft/Behörde soll abgewartet werden.
6.3 Haben Sie einen Renten Antrag wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gestellt? ☐ Nein ☐ Ja, am _____ bei (Behörde mit Name <u>und</u> Anschrift sowie Versicherungsnummer): Gesundheitsstörung:

► Gesundheitsstörungen

► Merkzeichen

7. Angaben über ärztliche Behandlungen

(Bei Bedarf bitte ein zusätzliches Blatt verwenden)

7.1 Hausarzt und (Fach-) Arztbehandlungen in den letzten zwei Jahren

	Zeitraum von - bis	Name und Anschrift	Welche der unter Punkt 3. genannten Gesundheitsstörungen werden dort behandelt?	Liegen evtl. Unterlagen hierzu beim Hausarzt vor ?
a)	Hausarzt/- ärztin			
b)				☐ Ja ☐ nein
c)				☐ Ja ☐ nein
d)				☐ Ja ☐ nein
e)				☐ Ja ☐ nein

7.2 Krankenhausaufenthalte in den letzten zwei Jahren

Zeitraum von - bis	Name und Anschrift Station, behandelnde/r Arzt/Ärztin	Welche der unter Punkt 3. genannten Gesundheitsstörungen wurden dort behandelt?

7.3 Reha- und Anschlussheilbehandlungen in den letzten zwei Jahren

Zeitraum von - bis	Name und Anschrift der Klinik (Kostenträger? Versicherungsnummer?)	Welche der unter Punkt 3. genannten Gesundheitsstörungen wurden dort behandelt?

7.4. Erhalten Sie Pflegegeld ? Ist eine Pflegestufe festgestellt oder beantragt ?

☐ Nein ☐ Ja:	Pflegestufe:
Kranken-/Pflegekasse (vollständiger Name und genaue Anschrift sowie Versicherungs-Nr.):	

8. Anlagen zum Antrag

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

Beigefügt sind:

► Angaben zu den behandelnden
Ärzten, Kliniken und
Rehabilitationseinrichtungen

9. Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz

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.

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. Die Rechtsgrundlagen der Datenerhebung finden sich in den §§ 69 SGB IX i.V.m. 67a Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X).

Angaben, die das Landessozialamt von einer Ärztin/einem Arzt im Rahmen einer Begutachtung oder zur Ausstellung einer Bescheinigung erhält, dürfen im erforderlichen Umfang an andere Sozialleistungsträger (z.B. Deutsche Rentenversicherung, Integrationsamt) weitergegeben werden (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 – 3. Möglichkeit i.V.m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Sie können dieser Weitergabe widersprechen. ☐ Ich widerspreche dieser Übermittlung.

10. Entbindung von der Schweigepflicht

Ich erkläre mich 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) von den genannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Gesundheitsämtern, Gerichten und Sozialleistungsträgern 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 mir geltend gemachte/n Gesundheitsstörung/en oder der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht beschränkt habe, 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, werde ich dem Landessozialamt unverzüglich mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden.

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.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses (ggf. ein gesondertes Blatt verwenden):

Insoweit entbinde ich die vom Landessozialamt ersuchten Ärztinnen/Ärzte, Krankenanstalten, andere Behandlungsstätten, Behörden und private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen von ihrer Schweigepflicht.

Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere eine Veränderung der Funktionsbeeinträchtigung/en, des rechtmäßigen Aufenthalts, des Arbeitsverhältnisses als Grenzarbeitnehmer und des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag oder danach eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

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, nicht aber von der/dem Bevollmächtigten zu unterschreiben:

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

11. Antragstellung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), des Grades der Schädigungsfolgen (GdS) bzw. des Grades der Behinderung (GdB) oder Ausstellung eines Ausweises über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

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

Bitte das beigegefügte Merkblatt abtrennen und zu Ihren Unterlagen nehmen !

► Hinweise und Mitwirkungspflichten

► Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

► Unterschrift Antragsteller/in

Gleichstellung

Es gelten die gleichen gesetzlichen Regelungen wie für schwerbehinderte Menschen, wenn sie infolge ihrer Behinderung keinen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder behalten können (§§ 2 Abs. 3, 151 Abs. 3 SGB IX)

Gleichgestellte genießen wie schwerbehinderte Menschen einen besonderen Kündigungsschutz

Antrag erfolgt bei der zuständigen Agentur für Arbeit unter Vorlage des Feststellungsbescheids

Wichtig: Der Arbeitgeber wird zum Arbeitsplatz befragt

Die wichtigsten Nachteilsausgleiche

GdB 30 /40	GdB 50 und mehr
- Feststellung der Behinderung	- Feststellung der Schwerbehinderung
- besonderer Kündigungsschutz und Begleitende Hilfen im Arbeitsleben → nur bei Gleichstellung	- Besonderer Kündigungsschutz
- Steuerfreibeträge	- Steuerfreibeträge
	- Begleitende Hilfen im Arbeitsleben
	- Eine Woche Zusatzurlaub
	- vorzeitige Altersrente kann in Anspruch genommen werden

Schwerbehindertenausweis

Das ist neu

▪ Spürbar benutzerfreundlicher

Wie der Führerschein, der Personalausweis und die Bankkarten ist nun auch der neue Schwerbehindertenausweis eine handliche Plastikkarte.

▪ Braille-Schrift

Blinde Menschen können ihren neuen Ausweis an der Buchstabenfolge sch-b-a erkennen.

▪ Praktisch im Ausland

Ein Hinweis auf die Schwerbehinderung in englischer Sprache hilft auf Reisen. Ein direkter Anspruch auf besondere Leistungen im Ausland ist damit auch künftig nicht verbunden. Der englische Hinweis erleichtert aber den Nachweis im nicht-deutschsprachigen Ausland, wenn es dort für schwerbehinderte Menschen besondere Regelungen gibt (z. B. ermäßigter Eintritt).

Der neue Ausweis

Hinweis auf die Schwerbehinderteneigenschaft in englischer Sprache



Hinweise und Tipps zum Antrag

- Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht nur durch Antragsteller/in möglich
- Nicht die Krankheit allein, sondern vor allem die Funktionsbeeinträchtigung ist relevant bei der Bildung des GdB
- Nach einer OP z.B. Knie-TEP, Antragstellung erst nach 6 Monaten sinnvoll
- Bearbeitungszeit etwa 3 Monate → Verfahren kann beschleunigt werden, wenn alle Befundberichte der letzten 2-5 Jahre beigelegt werden
- Hilfe bei Anträgen oder Widerspruchsverfahren können durch Sozialverbände und Gewerkschaften in Anspruch genommen werden (Mitgliedschaft erforderlich!)
- Hier finden Sie Anträge und die zuständigen Ämter:
www.soziales.niedersachsen.de

**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit!**

Sozialdienst
sozialdienst@fk-bentheim.de

