

# Antrag auf Feststellung/Neufeststellung von Behinderungen

## nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) und auf Ausstellung eines Ausweises

Wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten und die jeweils angegebenen Unterlagen beizufügen, da andernfalls zeitaufwendige Nachfragen nötig werden.

Bitte in Blockschrift ausfüllen! Zutreffendes bitte ankreuzen!



SACHSEN-ANHALT

Landesverwaltungsamt  
- Referat Schwerbehindertenrecht -

Eingangsstempel

Aktenzeichen

auf Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) und von Merkzeichen nach § 152 Abs. 1 und 4 SGB IX

auf Ausstellung eines Ausweises nach § 152 Abs. 5 SGB IX

auf Neufeststellung wegen

Verschlimmerung bestehender Behinderungen

Hinzutreten weiterer Behinderungen

Bitte früheres Geschäftszeichen/Aktenzeichen angeben:

### 1. Angaben zur Person

Name

Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Geschlecht

weiblich

männlich

keine Angabe

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefon-Nr.

Fax-Nr.

E-Mail-Adresse

Berufstätigkeit

Ich bin berufstätig  ja  nein

Sind Sie **Ausländer/in und nicht EU-Bürger/in** 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.

### 2. Bevollmächtigte, gesetzliche Vertreter, Betreuer (bitte Bestallungsurkunde bzw. Vollmacht in Kopie beifügen)

Name, Vorname

Anschrift

Telefon-Nr.

### 3. Landesblindengeld / Gehörlosengeld

Falls Sie nachstehend unter **Nr. 4** (Merkzeichen) die Zuerkennung des Merkzeichens „**BI**“ (Blind) und/oder „**GI**“ (Gehörlos) wünschen, können Sie an dieser Stelle zugleich die Gewährung von Blinden- und/oder Gehörlosengeld nach dem Blinden- und Gehörlosengeldgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (LBliGG) beantragen.

Ja, ich beantrage die Gewährung von Landesblindengeld.

Ja, ich beantrage die Gewährung von Gehörlosengeld.

Unterschrift

*Bitte beachten Sie hierzu unbedingt die weiteren Hinweise des anhängenden Merkblattes!*

### 4. Angaben über die Behinderungen und deren Behandlungen

Eine Behinderung i.S.d. Gesetzes liegt nur dann vor, wenn der behinderungsbedingte Zustand länger als 6 Monate besteht.

Wenn Sie aktuelle **Unterlagen** über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Krankenhausbericht, Kurentlassungsbericht, EKG, Labor- und Röntgenbefunde - keine Röntgenbilder-) haben, fügen Sie diese bitte dem Antrag in **Kopie** bei!

Dadurch können Sie zur Beschleunigung des Verfahrens beitragen. Kosten hierfür werden nicht ersetzt.

4.1 Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen/ Gesundheitsstörungen bestehen bei Ihnen?

Bitte geben Sie nur Behinderungen an, die bei der Feststellung berücksichtigt werden sollen und bei Neufeststellung nur die Behinderungen, die sich verschlimmert haben bzw. hinzugekommen sind.

Ursache  
(Ziffer)

mögliche Ursachen:

- 1 = Arbeitsunfall/ Berufskrankheit
- 2 = Krankheit
- 3 = angeborenes Leiden
- 4 = Kriegs-/Wehr-/Zivildienstleiden
- 5 = Verkehrsunfall (nicht Arbeitsunfall)
- 6 = häuslicher Unfall (nicht Arbeitsunfall)
- 7 = sonstige oder mehrere Ursachen

#### Wichtig für Diabetiker:

Bitte senden Sie - falls geführt - das Blutzuckertagebuch in Kopie (für die letzten drei Monate) ein.

Ich führe **kein** Blutzuckertagebuch.

4.2 Infolge meiner Gesundheitsstörungen bin ich

- G erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr
- aG außergewöhnlich gehbehindert →  auf ständige Benutzung eines Rollstuhls angewiesen
- H hilflos
- RF ständig gehindert, an öffentlichen Veranstaltungen jeder Art teilzunehmen
- B auf die Mitnahme einer Begleitperson bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln angewiesen
- BI blind →  hochgradig sehbehindert
- GI gehörlos
- TBI taubblind
- 1. Kl. bei Reisen mit der Deutschen Bahn AG oder ihren Tochtergesellschaften durch Schädigungsfolgen im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes/ Bundesentschädigungsgesetzes auf die Unterbringung in der 1. Wagenklasse angewiesen.

**Bitte beachten Sie hierzu den Pkt. 2. im beigegeführten Merkblatt**

4.3 Haben Sie wegen der geltend gemachten Behinderungen bei einer anderen Behörde oder einem anderen Leistungsträger die Feststellung von Behinderungen oder die Anerkennung als Schädigungsfolge beantragt oder liegt Ihnen darüber eine Feststellung vor (z.B. im Falle eines Arbeitsunfalls bei der Berufsgenossenschaft, im Falle einer Gewalttat bei der Versorgungsverwaltung, im Falle einer Dienstbeschädigung bei Ihrem Dienstherrn)?

nein  ja (**Bitte Feststellungsbescheide oder -unterlagen in Kopie beifügen.**)

Für folgende Behinderungen	Höhe der/des festgestellten GdB/MdE/GdS	Verwaltungsbehörde	Aktenzeichen

4.4 a) Falls Sie blind oder hochgradig sehbehindert sind:

Haben Sie bereits einen Antrag auf Gewährung von Blindengeld/Blindenhilfe gestellt oder erhalten Sie wegen Blindengeld Leistungen nach anderen gesetzlichen Vorschriften (z.B. Leistungen aus der Unfallversicherung, nach dem sozialen Entschädigungsrecht, als Kriegsbeschädigter, Wehrdienstbeschädigter, Gewaltopfer)?

nein  ja → 

Aktenzeichen	Verwaltungsbehörde
--------------	--------------------

b) Falls Sie gehörlos sind:

Haben Sie bereits einen Antrag auf Gewährung von Gehörlosengeld gestellt oder beziehen Sie wegen Gehörlosigkeit Gehörlosengeld?

nein  ja → 

Aktenzeichen	Verwaltungsbehörde
--------------	--------------------

4.5 Sind Sie Empfänger von Pflegeleistungen nach dem SGB XI?

**Wenn Ja**, geben Sie bitte Anschrift der zahlenden Behörde an und ob Sie Pflegeleistungen nach dem Pflegegrad I, II, III, IV oder V erhalten.

nein  ja → 

Geben Sie bitte die Anschrift und die Versicherungsnummer der zahlenden Behörde an
--

Ich erhalte Pflegeleistungen nach

Pflegegrad I  Pflegegrad II  Pflegegrad III  Pflegegrad IV  Pflegegrad V

## 5. Angaben über ärztliche Behandlungen

(Von der Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben hängt auch die Bearbeitungsdauer ab)

### Hausarzt

Name, Anschrift, Telefon, Fax	
Behinderung/ Gesundheitsstörung	Behandlungszeitraum (von-bis)

### Fachärzte (bitte Fachrichtung benennen)

1) Name, Anschrift, Telefon, Fax	Unterlagen befinden sich beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behinderung/ Gesundheitsstörung	Behandlungszeitraum (von-bis)
2) Name, Anschrift, Telefon, Fax	Unterlagen befinden sich beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behinderung/ Gesundheitsstörung	Behandlungszeitraum (von-bis)

3) Name, Anschrift, Telefon, Fax	Unterlagen befinden sich beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behinderung/ Gesundheitsstörung	Behandlungszeitraum (von-bis)
4) Name, Anschrift, Telefon, Fax	Unterlagen befinden sich beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behinderung/ Gesundheitsstörung	Behandlungszeitraum (von-bis)

### 6. Krankenhausbehandlung wegen einer Behinderung in den letzten 2 Jahren

1) Krankenhaus (Name, Anschrift)	Behandlungszeitraum (von-bis)
Station, Behandlungsgrund	Unterlagen befinden sich beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2) Krankenhaus (Name, Anschrift)	Behandlungszeitraum (von-bis)
Station, Behandlungsgrund	Unterlagen befinden sich beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### 7. Kurbehandlung / Reha-Behandlung wegen einer Behinderung in den letzten 2 Jahren

Kuranstalt / Kostenträger (Name, Anschrift)	Behandlungszeitraum (von-bis)
Aktenzeichen, Behandlungsgrund	Unterlagen befinden sich beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### 8. Untersuchung von anderer Stelle in den letzten 2 Jahren

Wurden Sie in den **letzten 2 Jahren** von einer anderen Stelle untersucht, z. B. Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft, Agentur für Arbeit, Medizinischer Dienst der Krankenkasse oder sonstige?

nein     ja, am

Stelle, Anschrift

### 9. Feststellungsbeginn (Bitte die Hinweise im Merkblatt beachten)

Ich beantrage die Feststellung

ab Antragseingang     rückwirkend ab

---

Ich beantrage eine Rückwirkung wegen

Steuer    oder     Rente für schwerbehinderte Menschen (vorzeitiger Renteneintritt)

Sonstiges

## 10. Passbild

Sofern Sie die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises beantragen (s. Seite 1), benötigen wir von Ihnen ein aktuelles Passbild in Farbe (35 mm x 45 mm im Hochformat). Für Kinder unter zehn Jahren ist kein Bild erforderlich. Bitte kennzeichnen Sie das Bild auf der Rückseite mit Ihrem Vor- und Nachnamen und dem Geburtsdatum. Das Bild wird zur Fertigung des Ausweises elektronisch erfasst und anschließend nach vier Wochen automatisch gelöscht.

## 11. Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe und ein übersandtes Bild mich bzw. den von mir Vertretenen darstellt. 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.

Ort, Datum

Unterschrift

bei Vertretung:

- als gesetzlicher Vertreter oder gerichtlich bestellter Betreuer (bitte ggf. Betreuerausweis in Kopie beifügen)
- als Bevollmächtigter (bitte Vollmacht beifügen)

Internet: [www.lvwa.sachsen-anhalt.de](http://www.lvwa.sachsen-anhalt.de)

Als Anlagen sind beigefügt:

- 5 unterschriebene Einverständniserklärungen
- medizinische Unterlagen (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Reha-, Krankenhausberichte)
- Passbild (35 mm x 45 mm Hochformat)
- Blutzuckertagebuch (falls Diabetiker)
- Kopie Aufenthaltstitel, Arbeitsbescheinigung

**Hinweis: Das Formular bitte nur einseitig drucken.**

## 12. Einverständniserklärung (bitte alle 5 Einverständniserklärungen ausfüllen und unterschreiben)

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Diese Erklärung gilt sowohl für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren nach § 152 SGB IX, als auch für ein sich anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich ebenfalls auf die während des Verfahrens eingetretenen Sachverhalte und gefertigten Unterlagen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

das Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt (LVwA) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem LVwA im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde. Ich bin damit einverstanden, dass das LVwA die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

**Ich entbinde die im Antrag genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.**

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des LVwA, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Von folgenden Ärztinnen und Ärzten/ Einrichtungen dürfen keine Auskünfte und Unterlagen eingeholt werden:


Mir ist bekannt, dass für ärztliche Unterlagen, die ich diesem Antrag beigelegt habe bzw. im Laufe des Antragsverfahrens beibringe, keine Kosten übernommen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht können Sie jederzeit gegenüber dem LVwA widerrufen oder einschränken. Der Widerruf bzw. die Einschränkung wirkt ab dem Zeitpunkt der Erklärung; die Datenverarbeitung vor dem Widerruf bzw. der Einschränkung erfolgt wirksam.

**12. Einverständniserklärung (bitte alle 5 Einverständniserklärungen ausfüllen und unterschreiben)**

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Diese Erklärung gilt sowohl für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren nach § 152 SGB IX, als auch für ein sich anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich ebenfalls auf die während des Verfahrens eingetretenen Sachverhalte und gefertigten Unterlagen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

das Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt (LVwA) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem LVwA im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde. Ich bin damit einverstanden, dass das LVwA die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

**Ich entbinde die im Antrag genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.**

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des LVwA, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Von folgenden Ärztinnen und Ärzten/ Einrichtungen dürfen keine Auskünfte und Unterlagen eingeholt werden:


Mir ist bekannt, dass für ärztliche Unterlagen, die ich diesem Antrag beigelegt habe bzw. im Laufe des Antragsverfahrens beibringe, keine Kosten übernommen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht können Sie jederzeit gegenüber dem LVwA widerrufen oder einschränken. Der Widerruf bzw. die Einschränkung wirkt ab dem Zeitpunkt der Erklärung; die Datenverarbeitung vor dem Widerruf bzw. der Einschränkung erfolgt wirksam.

**12. Einverständniserklärung (bitte alle 5 Einverständniserklärungen ausfüllen und unterschreiben)**

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Diese Erklärung gilt sowohl für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren nach § 152 SGB IX, als auch für ein sich anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich ebenfalls auf die während des Verfahrens eingetretenen Sachverhalte und gefertigten Unterlagen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

das Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt (LVwA) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem LVwA im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde. Ich bin damit einverstanden, dass das LVwA die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

**Ich entbinde die im Antrag genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.**

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des LVwA, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Von folgenden Ärztinnen und Ärzten/ Einrichtungen dürfen keine Auskünfte und Unterlagen eingeholt werden:


Mir ist bekannt, dass für ärztliche Unterlagen, die ich diesem Antrag beigelegt habe bzw. im Laufe des Antragsverfahrens beibringe, keine Kosten übernommen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht können Sie jederzeit gegenüber dem LVwA widerrufen oder einschränken. Der Widerruf bzw. die Einschränkung wirkt ab dem Zeitpunkt der Erklärung; die Datenverarbeitung vor dem Widerruf bzw. der Einschränkung erfolgt wirksam.



**12. Einverständniserklärung (bitte alle 5 Einverständniserklärungen ausfüllen und unterschreiben)**

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Diese Erklärung gilt sowohl für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren nach § 152 SGB IX, als auch für ein sich anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich ebenfalls auf die während des Verfahrens eingetretenen Sachverhalte und gefertigten Unterlagen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

das Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt (LVwA) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem LVwA im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde. Ich bin damit einverstanden, dass das LVwA die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

**Ich entbinde die im Antrag genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.**

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des LVwA, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Von folgenden Ärztinnen und Ärzten/ Einrichtungen dürfen keine Auskünfte und Unterlagen eingeholt werden:


Mir ist bekannt, dass für ärztliche Unterlagen, die ich diesem Antrag beigelegt habe bzw. im Laufe des Antragsverfahrens beibringe, keine Kosten übernommen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht können Sie jederzeit gegenüber dem LVwA widerrufen oder einschränken. Der Widerruf bzw. die Einschränkung wirkt ab dem Zeitpunkt der Erklärung; die Datenverarbeitung vor dem Widerruf bzw. der Einschränkung erfolgt wirksam.

## 12. Einverständniserklärung (bitte alle 5 Einverständniserklärungen ausfüllen und unterschreiben)

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Diese Erklärung gilt sowohl für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren nach § 152 SGB IX, als auch für ein sich anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich ebenfalls auf die während des Verfahrens eingetretenen Sachverhalte und gefertigten Unterlagen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

das Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt (LVwA) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem LVwA im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde. Ich bin damit einverstanden, dass das LVwA die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

**Ich entbinde die im Antrag genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.**

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des LVwA, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Von folgenden Ärztinnen und Ärzten/ Einrichtungen dürfen keine Auskünfte und Unterlagen eingeholt werden:


Mir ist bekannt, dass für ärztliche Unterlagen, die ich diesem Antrag beigelegt habe bzw. im Laufe des Antragsverfahrens beibringe, keine Kosten übernommen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht können Sie jederzeit gegenüber dem LVwA widerrufen oder einschränken. Der Widerruf bzw. die Einschränkung wirkt ab dem Zeitpunkt der Erklärung; die Datenverarbeitung vor dem Widerruf bzw. der Einschränkung erfolgt wirksam.

## **Datenschutzhinweise**

**Die Angaben in diesem Formular benötigen wir**, um Ihren Antrag auf Feststellung einer Behinderung, eines Grades der Behinderung sowie um (etwaige) Feststellungen von Nachteilsausgleichen/Merkzeichen zu bearbeiten. Die Rechtsgrundlagen dafür sind §§ 152, 153 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) in Verbindung mit §§ 214, 228, 229, 230 SGB IX.

**Ihre Angaben sind freiwillig.** Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, können wir Ihren Antrag möglicherweise nicht umfassend bearbeiten. Das könnte dazu führen, dass der Grad der Behinderung nicht in der richtigen Höhe festgestellt wird.

**Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir in elektronischer Form.**

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung (Erhebung, Speicherung, Veränderung, Nutzung, Übermittlung, Löschung) sind die §§ 67a – 67c des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X sowie die von Ihnen erteilte Einwilligung zur Datenerhebung und die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.

Zur Bearbeitung Ihres Antrages werden wir andere Personen und Stellen um Übermittlung von Daten bitten, und zwar werden wir die Ärzte und sonstigen Stellen, die Sie in diesem Antrag angegeben haben, anschreiben und sie um Übersendung von Befundberichten über Ihre Gesundheitsstörungen bitten.

Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens werden Ihre Daten regelmäßig dem Versorgungsärztlichen Dienst des Landesverwaltungsamtes Sachsen-Anhalt bzw. externen medizinischen Sachverständigen zur unabhängigen sozialmedizinischen Begutachtung nach Aktenlage übermittelt.

Soweit eine Begutachtung nach Aktenlage nicht zielführend ist besteht in begründeten Fällen die Möglichkeit, Sie durch einen Gutachter untersuchen zu lassen. Hierfür bedarf es der Übermittlung von ärztlichen Unterlagen über Ihre Erkrankung und den jeweiligen Verlauf an den Gutachter. Sie können nach § 76 Abs. 2 SGB X der Übermittlung Ihrer Sozialdaten widersprechen.

Wer Sozialleistungen beantragt, hat gemäß § 60 Abs. 1 Nr. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Kommt derjenige, der Sozialleistungen beantragt, seinen gesetzlich vorgeschriebenen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann das Landesverwaltungsamt nach § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I ohne weitere Ermittlungen die beantragte Feststellung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen.

### **Sie haben folgende Rechte:**

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns eine **kostenlose Kopie** dieser Daten verlangen.
- 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 Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.

Sie können sich beim Landesbeauftragten für den Datenschutz des Landes Sachsen-Anhalt beschweren.

Für dieses Formular ist das Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt (LVwA ST) verantwortlich.

Sie können auf den folgenden Wegen mit dem LVwA ST Kontakt aufnehmen:

- per Post: Landesverwaltungsamt, Referat Versorgungsamt - Schwerbehindertenrecht, 06096 Halle (Saale) oder PF 1963, 39009 Magdeburg
- per Telefon Halle: (03 45) 514 0 oder Magdeburg: (03 91) 567 02
- per E-Mail: [poststelle@lvwa.sachsen-anhalt.de](mailto:poststelle@lvwa.sachsen-anhalt.de)

Mit dem behördlichen **Datenschutzbeauftragten** des LVwA ST können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

- per Post: Landesverwaltungsamt, Datenschutzbeauftragter, 06096 Halle (Saale)
- per E-Mail: [poststelle@lvwa.sachsen-anhalt.de](mailto:poststelle@lvwa.sachsen-anhalt.de) (bitte im Betreff „Datenschutzbeauftragter“ angeben)

**Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen.**

## Merkblatt zum Antragsvordruck

### 1. Feststellung der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch

Das Landesverwaltungsamt stellt auf Antrag die Behinderungen und den darauf beruhenden Grad der Behinderung (GdB) fest. Es erteilt hierüber einen Bescheid.

Was eine Behinderung ist, ergibt sich aus § 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) und lässt sich sinngemäß so zusammenfassen: Eine Behinderung ist die Auswirkung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen und seelischen Zustand beruht. Regelwidrig ist der Zustand, der von dem für das Lebensalter typischen abweicht.

Vorübergehende Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sind keine Behinderungen im Sinne des SGB IX. Vorübergehend ist eine Beeinträchtigung dann, wenn sie nicht länger als 6 Monate dauert. Der GdB wird nach Zehnergraden abgestuft und von 20 bis 100 festgestellt.

Eine solche Feststellung wird nicht getroffen, wenn die Behinderung, die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder der Grad der Schädigungsfolgen (GdS) bereits in einem Rentenbescheid oder einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung (z.B. im Bescheid einer Berufsgenossenschaft oder eines Versorgungsamtes) festgestellt worden sind, es sei denn, Sie machen weitere Behinderungen oder ein sonstiges Interesse an einer anderweitigen Feststellung geltend.

Beträgt die im Feststellungsbescheid, im Rentenbescheid oder in einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung festgestellte MdE/GdS mindestens 50 v. H., stellt das Landesverwaltungsamt einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch und den GdB aus.

#### 1.1 Schwerbehinderte Menschen

Schwerbehinderte Menschen sind Personen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50, sofern sie rechtmäßig im Bundesgebiet wohnen, sich gewöhnlich aufhalten oder eine Beschäftigung als Arbeitnehmer ausüben.

Die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch wird kraft Gesetzes, also bereits bei Eintritt der Behinderung und nicht erst mit Feststellung durch das Landesverwaltungsamt erworben.

#### 1.2 Gleichgestellte

Auf Antrag sollen Personen mit einem GdB von weniger als 50, aber wenigstens 30 einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden, wenn sie wegen ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder nicht behalten können.

Die Gleichstellung wird durch die für den Wohnort zuständige Arbeitsagentur ausgesprochen. Der Antrag ist daher unter Vorlage des Feststellungsbescheides des Landesverwaltungsamtes bei der Arbeitsagentur zu stellen. Sollten Sie bereits im Besitz eines sonstigen Bescheides mit einem entsprechenden GdS/MdE sein, können Sie sich unter Vorlage des Bescheides unmittelbar an die Arbeitsagentur wenden.

#### 1.3 Antrag auf Neufeststellung

Das Landesverwaltungsamt kann Feststellungen über die Behinderung, den Grad der Behinderung und die gesundheitlichen Merkmale ändern, wenn in den Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten ist.

Wesentlich ist eine Änderung nur dann, wenn sich bestehende Behinderungen verschlimmern oder bessern und dadurch sich der GdB um wenigstens 10 nach oben oder unten ändert oder wenn Merkmale im Ausweis zusätzlich vermerkt oder weggelassen sollen.

### 2. Feststellung gesundheitlicher Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen für behinderte Menschen

Neben dem Grad der Behinderung sind vielfach weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen. Das Landesverwaltungsamt trifft in dem Verfahren nach dem SGB IX stets auch die hierfür erforderlichen Feststellungen, sofern eine Schwerbehinderung (GdB wenigstens 50) festgestellt wird.

Werden gesundheitliche Merkmale festgestellt, die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen sind, werden die entsprechenden Merkzeichen in den Ausweis eingetragen.

#### Die Merkzeichen haben folgende Bedeutung:

**G**

Erheblich beeinträchtigt in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr ist, wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens, auch durch innere Leiden, oder als Folge von Anfällen oder Störungen der Orientierungsfähigkeit nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden.

*Die Feststellung berechtigt zu Vergünstigungen im öffentlichen Personennahverkehr oder zur Kfz-Steuerermäßigung sowie zur Berücksichtigung von Freibeträgen bei der Lohn- und Einkommenssteuer.*

**aG**

Außergewöhnlich gehbehindert ist, wer sich wegen der Schwere seines Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb seines Kraftfahrzeuges bewegen kann. Hierzu zählen Menschen, die dauerhaft auch für sehr kurze Entfernungen - aus medizinischer Notwendigkeit - auf die Verwendung eines Rollstuhls angewiesen sind.

*Die Feststellung berechtigt zu Parkerleichterungen, Kfz-Steuerbefreiung und Vergünstigungen im öffentlichen Personennahverkehr sowie zu Freibeträgen bei der Lohn- und Einkommenssteuer.*

**H**

Hilflos ist, wer infolge der Behinderung für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf.

Auch wenn die Hilfe in Form einer Anleitung zu den genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist.

*Die Feststellung berechtigt zur Kfz-Steuerbefreiung, zu Freibeträgen bei der Lohn- und Einkommenssteuer sowie zur Freifahrt im öffentlichen Personennahverkehr.*

**RF**

**Ständig gehindert, an öffentlichen Veranstaltungen teilzunehmen** ist, wer einen GdB um wenigstens 80 hat **und** wegen seines Leidens öffentliche Veranstaltungen **jeder Art** im Freien oder in geschlossenen Räumen – auch mit Hilfe von Begleitpersonen oder mit technischen Hilfsmitteln wie Rollstuhl, auf Dauer nicht besuchen kann. Dazu gehören schwerbehinderte Menschen, die z.B. wegen Bettlägerigkeit ihre Wohnung nicht verlassen können sowie Personen, die zwar ihre Wohnung verlassen können, aber auf ihre Umgebung unzumutbar abstoßend oder störend wirken (z.B. durch Entstellung, Geruchsbelästigung, ansteckungsfähige Krankheiten, häufige

Anfälle, laute Atemgeräusche, lautes Sprechen, Hin- und Herlaufen, aggressives Verhalten). Hilflosigkeit oder außergewöhnliche Gehbehinderung allein schließen die Teilnahmemöglichkeit nicht aus.

*Die Feststellung berechtigt zur Rundfunkbeitragsermäßigung.*

Anspruchsberechtigt sind weiterhin:

- Blinde oder nicht nur vorübergehend wesentlich sehbehinderte Personen. Wesentlich sehbehindert sind Personen, bei denen der GdB wenigstens 60 allein wegen der Sehbehinderung beträgt.
- Hörgeschädigte, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist (GdB wenigstens 50).

*Die Ermäßigung der Rundfunkbeitragspflicht erteilt der Beitragsservice von ARD, ZDF und Deutschlandradio in 50656 Köln.*

## **B**

Zur Mitnahme einer Begleitperson ist berechtigt, wer bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln infolge seiner Behinderung zur Vermeidung von Gefahren für sich oder andere regelmäßig fremde Hilfe benötigt.

*Die Feststellung berechtigt zur Freifahrt für eine Begleitperson im öffentlichen Personennahverkehr.*

## **BI**

Blindheit wird festgestellt bei dem, der von Geburt an blind ist oder das Augenlicht vollständig verloren hat. Als blind ist auch derjenige anzusehen, dessen Sehschärfe so gering ist, dass sie nicht ausreicht, um sich in einer nicht vertrauten Umgebung ohne fremde Hilfe zurechtfinden zu können. Dies ist im Allgemeinen der Fall, wenn auf dem besseren Auge nur eine Sehschärfe von nicht mehr als 1/50 besteht oder wenn andere Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichzustellen sind.

*Die Feststellung berechtigt zur Freifahrt im öffentlichen Personennahverkehr, zur Ermäßigung des Rundfunkbeitrages, zu Parkerleichterungen, Befreiung von der Kraftfahrzeugsteuer sowie zu Freibeträgen bei der Lohn- und Einkommenssteuer. Die Feststellung dient als Nachweis für die Gewährung von Leistungen nach dem Blinden- und Gehörlosengeldgesetz des Landes Sachsen-Anhalt.*

## **1. KL**

Diese Feststellung kommt nur in Betracht für Schwerkriegsbeschädigte und Berechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz mit einem GdS/einer MdE von wenigstens 70 v. H. Auf die Benutzung der 1. Wagenklasse ist angewiesen, wer wegen seines körperlichen Zustandes bei Eisenbahnfahrten ständig der Unterbringung in dieser Wagenklasse bedarf.

## **GI**

Gehörlose sind hörbehinderte Menschen, bei denen Taubheit beiderseits vorliegt, sowie hörbehinderte Menschen mit einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit beiderseits, wenn daneben schwere Sprachstörungen vorliegen.

*Die Feststellung berechtigt zur Inanspruchnahme der Vergünstigungen im öffentlichen Personennahverkehr oder zur Kfz-Steuerermäßigung. Die Feststellung dient als Nachweis für die Gewährung von Leistungen nach dem Blinden- und Gehörlosengeldgesetz des Landes Sachsen-Anhalt.*

## **TBI**

Taubblind wird festgestellt, wenn eine Störung der Hörfunktion mindestens einen Einzel-GdB von 70 und eine Störung des Sehvermögens mindestens einen Einzel-GdB von 100 bedingt.

**Beantragen Sie bitte durch Ankreuzen im Antragsformular nur die gesundheitlichen Merkmale, die für Sie in Betracht kommen.**

Ein hohes Lebensalter, lange Anfahrtswege, das Fehlen öffentlicher Verkehrsmittel oder geringes Einkommen rechtfertigen in keinem Fall die Feststellung von gesundheitlichen Merkzeichen nach dem SGB IX.

### **3. Feststellungsbeginn**

Die Feststellung erfolgt in der Regel mit Wirkung ab Eingang des Antrages. Eine rückwirkende Feststellung kann ausnahmsweise dann erfolgen, wenn hieran ein besonderes Interesse glaubhaft gemacht werden kann. Dies wäre der Fall, wenn bestimmte Vorteile oder Nachteilsausgleiche für den zurückliegenden Zeitraum geltend gemacht werden können, z.B. die Geltendmachung eines Steuerfreibetrages für vergangene Kalenderjahre oder die bereits beantragte Altersrente für schwerbehinderte Menschen (Kopie der Eingangsbestätigung der Rentenversicherung beifügen). Das Vorliegen einer Behinderung ab einem bestimmten Zeitpunkt allein rechtfertigt keine rückwirkende Feststellung.

### **4. Sonstige Hinweise:**

Mit Ihrem Antrag wahren Sie bereits wichtige soziale Rechte (z.B. rückwirkender Kündigungsschutz bei späterer Feststellung der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch). Nach Eingang Ihres Antrages im Landesverwaltungsamt erhalten Sie eine Eingangsbestätigung, die Sie im Bedarfsfall Ihrem Arbeitgeber, dem Betriebs- oder Personalrat, der Arbeitsagentur, dem Sozialamt, dem Rentenversicherungsträger oder dem Finanzamt zur Kenntnis vorlegen können.

**FOLGENDE LEISTUNGEN SIND VON EINER GESONDERTEN ANTRAGSTELLUNG ABHÄNGIG:**

- a) Ermäßigung der Rundfunkbeitragspflicht  
*Der Antrag auf die Ermäßigung von der Rundfunkbeitragspflicht ist an den Beitragsservice von ARD, ZDF und Deutschlandradio in 50656 Köln zu richten.*
- b) Gebührenermäßigung beim Telefonanschluss, wenn gleichzeitig eine Ermäßigung von der Rundfunkbeitragspflicht vorliegt.
- c) Gewährung von Landesblindengeld/Gehörlosengeld  
*Der Antrag für die Gewährung von Landesblindengeld/Gehörlosengeld ist an das Landesverwaltungsamt zu richten.*
- d) Gewährung von Freibeträgen beim Wohngeld  
*Der Antrag ist an die zuständige Wohngeldstelle zu richten, die auch über die Höhe des Freibetrages informiert.*

**Sollten Sie diese Leistungen anstreben, stellen Sie bitte zur Vermeidung von Rechtsnachteilen Ihren Antrag umgehend und warten nicht bis zur Bescheiderteilung nach dem SGB IX.**

**Diese Leistungen werden frühestens ab Antragseingang bei der für Sie zuständigen Behörde bewilligt. Abweichend hiervon ist bei Feststellung des Merkzeichens RF eine rückwirkende Bewilligung möglich.**

Schwerbehinderte Menschen haben Anspruch auf einen bezahlten zusätzlichen Urlaub in der Regel von 5 Arbeitstagen im Urlaubsjahr.

Wenn das Urlaubsjahr bei Erhalt eines Ausweises über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch jedoch bereits abgelaufen bzw. der Zeitpunkt vorüber ist, bis zu dem aufgrund von Tarifverträgen oder anderen Vereinbarungen Urlaub genommen werden kann, so ist grundsätzlich auch der Zusatzurlaub ausgeschlossen.

Wenn der Zusatzurlaub aber vom Arbeitnehmer schon aufgrund seiner Antragstellung nach dem SGB IX **vor Ablauf des Urlaubsjahres bzw. vor Ablauf des im Tarifvertrages genannten Zeitpunkts beim Arbeitgeber ausdrücklich beantragt worden ist**, muss dieser Zusatzurlaub vom Arbeitgeber genehmigt werden.