

Informationsblatt zum Feststellungsantrag nach dem Schwerbehindertenrecht

Ausfüllhinweise

Mit diesem Antragsformular können Sie sowohl erstmalig Behinderungen beantragen als auch neu hinzugekommene Behinderungen oder eine "Verschlimmerung" bereits anerkannter Behinderungen. Bitte geben Sie auch das Geschäftszeichen des letzten Bescheides und das zuletzt zuständige Versorgungsamt mit an. Füllen Sie den Vordruck gut lesbar aus, das spart Zeit und verhindert unnötige Nachfragen.

- Geben Sie bitte die Adressen Ihrer behandelnden Ärzte vollständig (mit Telefon- und Faxnummern) an.
- Ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger müssen eine amtliche Bescheinigung über ihren Aufenthaltsstatus beifügen. Eine Kopie des Passes mit aktuellem Aufenthaltstitel ist dafür ausreichend. Wenn Sie den Antrag persönlich im Kundencenter des Versorgungsamtes abgeben, genügt die Vorlage des Passes.
- Die Angabe von medizinischen Fachausdrücken ist nicht erforderlich. Wichtig bei der ärztlichen Beurteilung sind nicht die Diagnosen, sondern immer die daraus resultierende Funktionseinschränkung -"Was kann ich nicht, was ein gesunder Mensch meines Alters kann...?"-. Die Bezeichnung sollte nachvollziehbar sein!
- Wichtig ist die Angabe der Ursache der Leiden (Unfallfolge, Krankheit, Arbeitsunfall usw.) und ggf. Berufsgenossenschaft/ Aktenzeichen usw.
- Vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben!
- Unterschreiben Sie auch die Einwilligungserklärungen zur Einsichtnahme in Ihre Krankenunterlagen.
- Schicken Sie ausschließlich Kopien von den aktuellen ärztlichen Unterlagen, die Sie zu Hause haben mit. Eine Kostenübernahme für diese Unterlagen ist nicht möglich.
- Schicken Sie keine Röntgenaufnahmen mit!

Sie können sich bei der Antragstellung durch eine von Ihnen schriftlich bevollmächtigte Person vertreten lassen.

Im **Kundencenter** können Sie sich beim Ausfüllen Ihres Antrags helfen lassen. Das Kundencenter hält viele Informationsblätter und Broschüren zum Thema „Schwerbehindertenrecht“ bereit. Über den folgenden Link <http://service.berlin.de/standort/325721/> können Sie online einen Termin im Kundencenter des Versorgungsamtes buchen. Für telefonische Nachfragen gibt es das Bürgertelefon 115 mit den Sprechzeiten Montag bis Freitag von 7.00 bis 18.00 Uhr.

Informationen zum Antragsverfahren

Nach Eingang Ihres vollständigen Antrages fordert das Versorgungsamt medizinische Unterlagen bei den von Ihnen angegebenen Ärzten und Institutionen an. Die **Dauer des Feststellungsverfahrens** hängt wesentlich davon ab, wie schnell diese auf die Anfrage des Versorgungsamtes reagieren.

Vorrangig vom Versorgungsamt bearbeitet werden:

- Anträge von Personen mit besonders schwerwiegenden Erkrankungen (Karzinom, Aidskrankung, ALS/Amyotrophe Lateralsklerose).
- Anträge von versicherungspflichtig tätigen Personen, die noch keine Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht haben oder bei denen ein GdB von unter 50 festgestellt wurde.

Erst wenn die vom Versorgungsamt angeforderten Unterlagen (vom behandelnden Arzt, Krankenhaus, Kurklinik, Pflegekasse und anderen) vollständig vorliegen, wird die versorgungsmedizinische Bewertung vorgenommen.

Um eine Feststellung treffen zu können ist immer eine Prüfung der vorliegenden medizinischen Unterlagen durch den Ärztlichen Dienst des Versorgungsamtes erforderlich. Wird Ihr Vorgang dem versorgungsärztlichen Dienst zugeleitet, werden Sie darüber schriftlich informiert. Es ist üblich, dass Sie auf Ihren Antrag einen Feststellungsbescheid erhalten, ohne im Verfahren untersucht worden zu sein. Nur wenn die vorhandenen ärztlichen Unterlagen für eine Bewertung nicht ausreichen, kann eine persönliche Untersuchung veranlasst werden.

Im Bescheid sind die Funktionsbeeinträchtigungen, der Grad der Behinderung (GdB) und die festgestellten Merkmale enthalten.

Menschen mit Behinderung

Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB IX) sind Personen, bei denen ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 festgestellt ist und die sich rechtmäßig in Deutschland aufhalten. Der GdB bezeichnet das Ausmaß der Funktionseinschränkungen in Bezug auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Er wird in Zehnergraden abgestuft von 20 bis 100 festgestellt. Dafür müssen die Funktionseinschränkungen länger als sechs Monate anhalten. Funktionseinschränkungen können Störungen der körperlichen Funktion, der geistigen Fähigkeit oder der seelischen Gesundheit sein. Dabei spielt es keine Rolle, ob die gesundheitlichen Einschränkungen angeboren, Folge eines Unfalls oder einer Krankheit sind. Keine Berücksichtigung finden alters-typische Beeinträchtigungen.

Ausweis

Beträgt der festgestellte GdB wenigstens 50, kann vom Versorgungsamt ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt werden. Seine Gültigkeit beginnt im Regelfall mit dem Eingangsdatum des Antrags beim Versorgungsamt. Der Ausweis ist der Nachweis für

- die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch
- den Grad der Behinderung und Merkzeichen
- für die Inanspruchnahme von Rechten und Leistungen (Nachteilsausgleich).

Merkzeichen

G Erhebliche Gehbehinderung

Eine erheblich beeinträchtigte Gehfähigkeit im Straßenverkehr liegt vor, wenn ortsübliche Wegstrecken nicht mehr ohne Gefahren für sich oder andere zu Fuß zurückgelegt werden können. Das können Folgen einer Einschränkung des Gehvermögens, durch innere Leiden, Anfälle oder Störungen der Orientierungsfähigkeit sein.

Gl Gehörlosigkeit

Gehörlos sind Personen, bei denen Taubheit beiderseits vorliegt. Dazu gehören auch Hörbehinderte mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit beiderseits und schweren Sprachstörungen.

B Begleitung

Menschen, die wegen ihrer Behinderung in öffentlichen Verkehrsmitteln regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind, erhalten die Berechtigung kostenlos eine Begleitperson mitzunehmen.

aG Außergewöhnliche Gehbehinderung

Außergewöhnlich gehbehindert ist, wer sich wegen der Schwere seines Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb eines Kraftfahrzeuges bewegen kann.

Bl Blindheit

Blind ist, wem das Augenlicht vollständig fehlt.

H Hilflosigkeit

Hilflos ist, wer infolge seiner Behinderung zur Sicherung seiner persönlichen Existenz täglich in erheblichem Umfang dauernd fremder Hilfe bedarf.

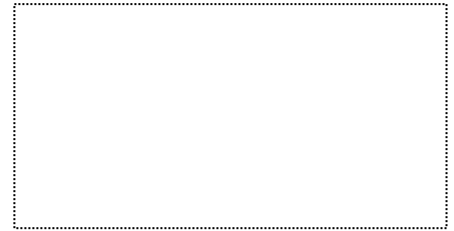
RF Ermäßigung bei der Rundfunkbeitragspflicht

- für Blinde oder wesentlich sehbehinderte Personen mit einem GdB von wenigstens 60 allein wegen der Sehbehinderung,
- für Hörgeschädigte mit einem GdB von wenigstens 50 allein wegen der Schwerhörigkeit oder wenn eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist (Gehörlos).
- für Menschen mit einem GdB von wenigstens 80, denen der Besuch öffentlicher Veranstaltungen wegen ihres Leidens nicht möglich ist.

T Teilnahme am Sonderfahrdienst

Das Merkzeichen „T“ hat nur Bedeutung für die Berechtigung zur Teilnahme am Berliner Sonderfahrdienst (SFD) für Menschen mit Behinderung. Das Merkzeichen erhalten Personen mit einer außergewöhnlichen Gehbehinderung ("aG") bei einem mobilitätsbedingten Grad der Behinderung von mindestens 80.

Postanschrift: Postfach 31 09 29 , 10639 Berlin



Feststellungsantrag nach dem Schwerbehindertenrecht (§ 69 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch)

Alle Angaben bitte in Blockschrift! Zutreffendes bitte ankreuzen

I. Angaben zu Anträgen nach dem Schwerbehindertenrecht – SGB IX

Ich habe schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX) gestellt:	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja Versorgungsamt, Anschrift:	
Geschäftszeichen:	Grad der Behinderung:

II. Angaben zur Person

Familiennamen Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbekannt
Straße, Hausnummer	Telefon (tagsüber erreichbar)	Fax
Postleitzahl Berlin	E-Mail	
Sind Sie erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Staatsangehörigkeit	Hinweis für ausländische oder heimatlose Mitbürger/innen: Fügen Sie bitte eine Kopie des aktuellen Aufenthaltstitels oder der entsprechenden Seite des Passes bei.	

III. Bevollmächtigte, gesetzliche Vertreter, Betreuer (bitte Kopie der Bestallungsurkunde bzw. Vollmacht beifügen)

Familiennamen, Vorname		
Anschrift:		
Tel (tagsüber erreichbar):	Fax:	E-Mail:

Öffnungszeiten Kundencenter Sächsische Straße 28, 10707 Berlin Montag / Dienstag 09.00 bis 15.00 Uhr Donnerstag 09.00 bis 18.00 Uhr Freitag 09.00 bis 13.00 Uhr	Telefonische Sprechzeiten Montag – Freitag 07.00 bis 18.00 Uhr Bürgertelefon: 115	Verkehrsverbindungen: U7/U3 bis Fehrbelliner Platz (Aufzug) Bus: 104, 101, 115 bis Fehrbelliner Platz
--	--	---

Internetadresse: <http://www.lageso.berlin.de>

IV. Aktuelle Gesundheitsstörungen

Eine Behinderung liegt vor, wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit in Folge einer Gesundheitsstörung länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

	Ursache *)
	Ursache *)
	Ursache *)
	Ursache *)
	Ursache *)
	Ursache *)

*) **Ursache:** 1 = Arbeitsunfall / Berufskrankheit
3 = Krankheit
5 = Unfall (nicht Arbeitsunfall)

2 = angeborene Gesundheitsstörung
4 = Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung
6 = sonstige Ursache

Sofern Sie „**Diabetes Mellitus**“ geltend machen, führen Sie ein **Blutzuckertagebuch**?
Wenn ja, fügen Sie diesem Antrag bitte eine **Kopie** der **letzten 3 Monate** Ihres Blutzuckertagebuches bei.

- nein
 Ja

V. Ich beantrage die Feststellung der angekreuzten Merkzeichen

<input type="checkbox"/> B (zur Mitnahme einer Begleitperson bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln berechtigt)
<input type="checkbox"/> G (erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr)
<input type="checkbox"/> aG (außergewöhnlich gehbehindert , weil Sie sich nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb eines Fahrzeugs bewegen können (z. B. querschnittsgelähmt, doppelbeinamputiert oder Rollstuhlfahrer)
<input type="checkbox"/> H (wegen der Notwendigkeit dauernder Pflege in erheblichem Umfang hilflos)
<input type="checkbox"/> RF (stark sehbehindert oder stark hörbehindert oder ständig gehindert an öffentlichen Veranstaltungen jeder Art teilnehmen zu können)
<input type="checkbox"/> BL (Blind)
<input type="checkbox"/> GL (Gehörlos)
<input type="checkbox"/> T Teilnahme am Berliner Sonderfahrdienst

VI. Berliner Sonderfahrdienst

Übersenden Sie mir bitte den **Antrag auf Ausstellung der Magnetkarte**.

Ich bin Rollstuhlfahrer/in bzw. auf einen Rollator angewiesen und möchte den Sonderfahrdienst bereits **vor der Entscheidung** über diesen Antrag nutzen.

Mit dem Antrag auf Ausstellung der Magnetkarte übersende ich die Kopie der **Kostenübernahme der Krankenkasse** oder einem anderen Leistungsträger für meinen Rollstuhl oder Rollator

Die Nutzung des Sonderfahrdienstes vor Bescheiderteilung ist nur bei Vorlage einer Kostenübernahmebescheinigung möglich.

VII. Behandlungen der Gesundheitsstörungen (in den letzten 3 Jahren)

Sie können die Dauer des Verfahrens verkürzen, wenn Sie bereits in Ihrem Besitz befindliche ärztliche Unterlagen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand in Kopie beifügen (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Krankenhausberichte, Kurenlassungsberichte, EKG, Labor- und Befundberichte – **keine** Röntgenbilder) Kosten dafür werden nicht ersetzt. Wir empfehlen Ihnen, Ihren Hausarzt über diesen Antrag zu unterrichten.

Hausarzt

Name, Anschrift:

Behandlungszeitraum:
von/bis

Telefon:

Facharzt		
Fachgebiet	Letzte Behandlung	Unterlagen beim Hausarzt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name, Anschrift		
Telefon, Fax		
Gesundheitsstörung (bitte benennen)		Ursache *)
Facharzt		
Fachgebiet	Letzte Behandlung	Unterlagen beim Hausarzt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name, Anschrift		
Telefon, Fax		
Gesundheitsstörung (bitte benennen)		Ursache *)
Krankenhaus		
Krankenhausbehandlung in den letzten 3 Jahren (Name, Anschrift der Klinik)		von – bis
Behandlungsgrund:		<input type="checkbox"/> ambulant
Fachrichtung/Station:		<input type="checkbox"/> stationär
Krankenhausbehandlung in den letzten 3 Jahren (Name, Anschrift der Klinik)		von – bis
Behandlungsgrund:		<input type="checkbox"/> ambulant
Fachrichtung/Station:		<input type="checkbox"/> stationär
Kur / Reha-Behandlung		
Reha-Behandlung in den letzten 3 Jahren (Name, Anschrift der Klinik)		von – bis
Behandlungsgrund:		
Kostenträger:	Versicherungsnummer:	
Pflegegeld / Pflegestufe		
Sie erhalten Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz oder nach dem Berliner Gesetz über Pflegeleistungen oder haben einen entsprechenden Antrag gestellt , über den noch nicht entschieden oder der abgelehnt wurde.		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Pflegestufe
		seit
Krankenkasse/Pflegekasse/Bezirksamt, Anschrift		Aktenzeichen
Andere ärztliche Gutachten (z.B. Sozialversicherung, Gesundheitsamt, Agentur für Arbeit, Jobcenter, Sonderschule)		
Stelle, Anschrift	Geschäftszeichen	Datum der Untersuchung
Stelle, Anschrift	Geschäftszeichen	Datum der Untersuchung

Feststellungen von anderen Stellen

Sind Sie im Besitz eines Anerkennungsbescheides von anderen Stellen (z.B. Berufsgenossenschaft, Landesunfallkasse, Soziales Entschädigungsrecht z.B. BVG, SVG, OEG, HHG, Rehabilitationsgesetz), wird ein Feststellungsverfahren im Schwerbehindertenrecht nur durchgeführt, wenn Sie noch andere Behinderungen geltend machen oder Ihr besonderes Interesse an einer Feststellung nach §69 Abs. 2 SGB IX.

	Stelle	Anschrift	Geschäftszeichen
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall/Berufskrankheit			
<input type="checkbox"/> Schädigungsfolge			

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesamt für Gesundheit und Soziales bei den von mir benannten Ärzten, Psychologen, Krankenanstalten (auch private), gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden die notwendigen Auskünfte und Unterlagen anfordern kann.

Diese Erklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren nach § 69 SGB IX und für ein eventuell anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich genehmige die Verwertung dieser Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren ausdrücklich und entbinde die beteiligten Personen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass die von mir genannten behandelnden Ärzte im Zusammenhang mit einer Anforderung von ärztlichen Unterlagen von dem/den geltend gemachten Antragsleiden Kenntnis erhalten.

Folgende Ärzte und Einrichtungen schließe ich von dieser Einwilligung aus:

Berlin, den _____

Unterschrift (Antragsteller/in oder gesetzliche Vertretung bzw. Betreuung)

VIII. Allgemeines und Rechtsgrundlagen

Die von Ihnen erbetenen Angaben (Daten) werden für die Bearbeitung Ihres Antrages benötigt. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung, -verarbeitung, -nutzung und -speicherung sind die §§ 67 a-c SGB X i.V.m. den §§ 69 und 131 SGB IX.

Der Schutz Ihrer Sozialdaten ist gewährleistet.

Wer Sozialleistungen beantragt, hat gem. § 60 Abs. 1 Nr. 1 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 dadurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann der Leistungsträger nach § 66 Abs. 1 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

Wichtiger Hinweis

Ich nehme zur Kenntnis, dass medizinische Daten, die dem Versorgungsamt bereits vorliegen und/oder aufgrund Ihrer obigen Einwilligungserklärung zugehen,

- an Dritte, hier: andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung nach dem Sozialgesetzbuch
- für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch (§ 69 SGB IX) an sonstige Dritte, hier: zu beauftragende Gutachterinnen/Gutachter zur medizinischen Beurteilung (eine körperliche Untersuchung ist nur in Ausnahmefällen erforderlich) nach der Versorgungs-Medizin-Verordnung (VersMedV)

übermittelt werden dürfen.

Nach § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i.V. m. § 76 Abs. 2 SGB X können Sie einer solchen Übermittlung aber jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft formlos widersprechen.

Dies kann jedoch zur Folge haben, dass Ihnen wegen fehlender Mitwirkung eine Leistung ganz oder teilweise versagt wird, wenn Sie zuvor schriftlich darauf hingewiesen worden sind (siehe obigen Hinweis auf § 66 SGB I).

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. Änderungen in den insbesondere die Veränderung der Behinderung, des Arbeitsverhältnisses und des Wohnsitzes werde ich unverzüglich mitteilen.

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

Berlin, den _____

Unterschrift (Antragsteller/in oder gesetzliche Vertretung bzw. Betreuung)

Anlagen:

- Kopie Aufenthaltstitel Betreuernachweis / Vollmacht _____
- Medizinische Unterlagen Bescheid(e) anderer Stellen _____

Bitte vergessen Sie nicht, die folgenden 2 Einwilligungserklärungen zu unterschreiben

Familienname, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

Aktenzeichen:

Postleitzahl, Ort:

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesamt für Gesundheit und Soziales bei den von mir benannten Ärzten, Psychologen, Krankenanstalten (auch private), gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden die notwendigen Auskünfte und Unterlagen anfordern kann.

Diese Erklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren nach § 69 SGB IX und für ein eventuell anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich genehmige die Verwertung dieser Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren ausdrücklich und entbinde die beteiligten Personen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass die von mir genannten behandelnden Ärzte im Zusammenhang mit einer Anforderung von ärztlichen Unterlagen von dem/den geltend gemachten Antragsleiden Kenntnis erhalten.

Folgende Ärzte und Einrichtungen schließe ich von dieser Einwilligung aus:

Berlin, den _____

Unterschrift (Antragsteller/in oder gesetzliche Vertretung bzw. Betreuung)

Familienname, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

Aktenzeichen:

Postleitzahl, Ort:

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesamt für Gesundheit und Soziales bei den von mir benannten Ärzten, Psychologen, Krankenanstalten (auch private), gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden die notwendigen Auskünfte und Unterlagen anfordern kann.

Diese Erklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren nach § 69 SGB IX und für ein eventuell anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich genehmige die Verwertung dieser Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren ausdrücklich und entbinde die beteiligten Personen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass die von mir genannten behandelnden Ärzte im Zusammenhang mit einer Anforderung von ärztlichen Unterlagen von dem/den geltend gemachten Antragsleiden Kenntnis erhalten.

Folgende Ärzte und Einrichtungen schließe ich von dieser Einwilligung aus:

Berlin, den _____

Unterschrift (Antragsteller/in oder gesetzliche Vertretung bzw. Betreuung)