

Antrag

nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) zur Durchführung des Feststellungsverfahrens und auf Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises

	Eingangsstempel
	Geschäftszeichen

Hinweise:
 Ihre Angaben werden auf der Grundlage der §§ 67a ff SGB X zum Zweck der Bearbeitung Ihres Antrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Ihre Mithilfe, die in § 21 Abs. 2 SGB X vorgesehen ist, erleichtert eine rasche Entscheidung über Ihren Antrag. Eine Verweigerung der erbetenen Auskünfte kann zur Folge haben, dass der Sachverhalt nicht aufgeklärt und über Ihren Antrag nur nach Lage des Akteninhalts entschieden werden kann.

Wenn sich Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, EKG, Labor- und Röntgenbefunde) in Ihren Händen befinden, fügen Sie diese bitte diesem Antrag bei! Dadurch können Sie zur Beschleunigung des Verfahrens beitragen. Sofern Ihnen keine Unterlagen vorliegen, werden von der Versorgungsverwaltung mit Ihrer Einwilligung ärztliche Unterlagen von den von Ihnen angegebenen Ärzten und/oder Einrichtungen beigezogen und versorgungsärztlich ausgewertet. Die Angaben zu Ihrer Telefonnummer sind freiwillig. Machen Sie dazu keine Angaben, entsteht für Sie kein rechtlicher Nachteil. Der Datenschutz ist gewährleistet.

Bitte vergessen Sie nicht sowohl den Antrag als auch die Einverständniserklärung zu unterschreiben.

0. Erwerbstätigkeit

Sind Sie erwerbstätig? ja nein

1. Angaben zur Person

Name			
Geburtsname			
Vornamen Rufname bitte unterstreichen			
Geburtsdatum	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staatsangehörigkeit
PLZ, Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt			Telefon (tagsüber)
Straße, Hausnummer			
Gesetzlicher Vertreter, Betreuer, Bevollmächtigter Bitte Bestallungsurkunde bzw. Vollmacht beifügen!	Name, Vorname		
	Straße, Haus-Nr.		
	PLZ, Wohnort		

Hinweise für:

Grenzarbeitnehmer: Bitte fügen Sie die Arbeitsbescheinigung Ihres jetzigen Arbeitgebers und ggf. die Arbeitserlaubnis bei.

Ausländer: Bitte kreuzen Sie nachfolgend an, welche Berechtigung zum Aufenthalt in Deutschland bei Ihnen vorliegt. Fügen Sie den entsprechenden Nachweis bei.

Niederlassungserlaubnis
 Aufenthaltserlaubnis
 Visum
 Aufenthaltsgestattung
 Duldung

Ich habe bereits einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt: ja nein

Wenn ja, bei welchem Versorgungsamt: GZ:

2. Angaben zu Beeinträchtigungen

2.1	Die nachfolgenden Beeinträchtigungen werden von mir geltend gemacht:		
Lfd. Nr.	Art der Beeinträchtigung	Ursachen-schlüssel	Bitte zu jeder Beeinträchtigung die jeweils zutreffende Ursachen-schlüsselzahl eintragen
1.			01 angeborene Behinderung 02 Arbeitsunfall 04 Verkehrsunfall 05 häuslicher Unfall 06 sonstiger Unfall 07 Kriegs-, Wehrdienst- od. Zivildienstbeschädigung 09 Allg. Krankheit 10 sonstige od. mehrere Ursachen
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

2.2	Nicht zu berücksichtigende Beeinträchtigungen:
------------	---

2.3	Infolge meiner geltend gemachten Beeinträchtigungen begehre ich den/die Nachteilsausgleich/e mit den entsprechenden Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis: <small>(Siehe hierzu Erläuterungen auf der letzten Seite des Antragsformulars)</small>	
	Merkzeichen B <input type="checkbox"/> Merkzeichen G <input type="checkbox"/> Merkzeichen aG <input type="checkbox"/> Merkzeichen Bl <input type="checkbox"/> Merkzeichen H <input type="checkbox"/>	Merkzeichen RF <input type="checkbox"/> wesentlich sehbehindert <input type="checkbox"/> gehindert, mich trotz Hörhilfe ausreichend zu verständigen <input type="checkbox"/> ständig gehindert, an öffentl. Veranstaltungen jeder Art teilzunehmen Merkzeichen 1. Kl. <input type="checkbox"/> Merkzeichen Gl <input type="checkbox"/>

2.4	Hat ein Versorgungsamt, Landesamt, Wehrbereichsgebührenamt oder eine andere Verwaltungsbehörde, ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht bereits einmal eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden Erwerbsminderung (GdB/MdE) getroffen oder besitzen Sie eine vorläufige Bescheinigung von einer dieser Stellen oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (ggf. Kopie des aktuellen Bescheides beifügen)		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja für folgende Beeinträchtigungen	Höhe des/der festgestellten GdB/MdE	Bezeichnung der Verwaltungsbehörde, des Sozialversicherungsträgers oder des Gerichts
			Geschäftszeichen und Datum des Vorgangs oder der Entscheidung ggf. Tag des Unfalls

3. Angaben zu **ärztlichen Behandlungen** von Beeinträchtigungen nach Ziffer 2.1 usw. (in den letzten 5 Jahren)

3.1	Hausarzt		
	Name		Straße, Hausnummer
	PLZ	Ort	

3.2	Ärztliche Behandlungen insbesondere der letzten 5 Jahre				
	von - bis	Name, Anschrift des behandelnden Arztes	Fachgebiet	Wegen d. Beeinträchtigung	Hat Ihr Hausarzt dazu Unterlagen
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3.3	Krankenhausbehandlungen insbesondere der letzten 5 Jahre				
	von - bis	Name, Anschrift des Krankenhauses	Abteilung / Station	Wegen d. Beeinträchtigung	Hat Ihr Hausarzt dazu Unterlagen
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3.4	Kuren/Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere der letzten 5 Jahre			
	von - bis	Name, Anschrift der Kuranstalt und des Kostenträgers	Wegen d. Beeinträchtigung	Hat Ihr Hausarzt dazu Unterlagen
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3.5	Krankenkasse: (Name, Anschrift)	
------------	---	--

3.6	Erhalten Sie eine Erwerbsminderungsrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? Laufen Untersuchungen beim Rentenversicherungsträger oder sind Klagen beim Sozialgericht anhängig? (ggf. Bescheid in Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Name und Anschrift des Versicherungsträgers	Aktenzeichen

3.7	Erhalten Sie Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit(z. B. Pflegegeld) oder haben Sie bei der Pflegekasse einen entsprechenden Antrag gestellt? (ggf. Bescheid in Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Pflegekasse/-versicherung:	Aktenzeichen:
	Straße, Hausnummer:	PLZ:

3.8	Ich versichere, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.
	Datum: Unterschrift:

4. Erläuterung und Hinweise

4.1 Einverständniserklärung

„Ich bin damit einverstanden, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung in diesem Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht von den von mir im Antragsformular oder im Laufe des Verfahrens benannten Ärzten und Krankenhäusern ärztliche Untersuchungs- und Befundunterlagen bezieht und sonstige ärztliche Auskünfte, insbesondere Befundberichte einholt, soweit diese für die Entscheidung über meinen Antrag auf Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erforderlich sind. Ich bin darüber unterrichtet, dass die Prüfung des Landesamtes für Soziales und Versorgung darauf ausgerichtet ist, zu meinen Gunsten alle in Betracht kommenden Beeinträchtigungen und weiteren gesundheitlichen Merkmale festzustellen. Zu diesem Zweck holt es alle notwendigen medizinischen und sonstigen Unterlagen sowie Auskünfte bei Ärzten/Krankenhäusern ein, auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind. Insoweit entbinde ich die vom Landesamt für Soziales und Versorgung ersuchten Ärzte, Krankenanstalten und Behörden von ihrer Schweigepflicht. Sofern ich damit nicht einverstanden bin, habe ich Beschränkungen dieser Einwilligung unten vermerkt.“

Raum für etwaige Einschränkungen des Einverständnisses:

.....
Name, Vorname

.....
Datum, Unterschrift

Anlagen: Lichtbild

Erläuterungen zum Ausfüllen des Antrages

4.2 Das Landesamt für Soziales und Versorgung entscheidet auch darüber, inwieweit Voraussetzungen vorliegen, die zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen (Sonderrechten) berechtigen.

In Betracht kommen folgende Nachteilsausgleiche:

	Nachteilsausgleiche	können geltend gemacht werden, wenn	entsprechendes Merkzeichen im Ausweis
1.	Freifahrt für die Begleitperson im öffentlichen Nah- und Fernverkehr	die Notwendigkeit ständiger Begleitung bei der Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel nachgewiesen wird	B
2.	Kfz-Steuerermäßigung (50 %) * oder Vergünstigungen im öffentlichen Personennahverkehr	eine erhebliche Beeinträchtigung in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr festgestellt wird	G
3.	Parkerleichterungen und Kfz-Steuerbefreiung * und Vergünstigungen im öffentlichen Personennahverkehr	eine außergewöhnliche Gehbehinderung festgestellt wird (z. B. Rollstuhlfahrer)	aG
4.	Parkerleichterung und Kfz-Steuerbefreiung * und Freifahrt im öffentlichen Personennahverkehr	Blindheit festgestellt wird	Bl
5.	Kfz-Steuerbefreiung * und Freifahrt im öffentlichen Personennahverkehr	Hilflosigkeit festgestellt wird (z. B. wenn für die gewöhnlichen Verrichtungen im täglichen Leben in erheblichem Umfang dauernde Hilfe erforderlich ist)	H
6.	Rundfunkgebührenbefreiung	auf Grund der festgestellten Beeinträchtigung eine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen ständig ausgeschlossen ist oder eine starke Sehbehinderung oder eine starke Hörbehinderung vorliegt	RF
7.	Benutzung der 1. Wagenklasse im Eisenbahnverkehr	eine Schwerekriegsbeschädigung mit einer MdE von wenigstens 70 v. H. festgestellt wurde	1. Kl.
8.	Kfz-Steuerermäßigung (50 %) * oder Vergünstigungen im öffentlichen Personennahverkehr	Gehörlosigkeit bzw. an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit Sprachstörungen festgestellt wird	Gl

* als Fahrzeughalter

Sollten Sie Fragen zum Antrag haben, wenden Sie sich bitte persönlich oder telefonisch an Ihr Landesamt für Soziales und Versorgung.

Sofern der im Antragsvordruck vorgesehene Raum nicht ausreicht, führen Sie bitte Ihre Angaben auf einem gesonderten Blatt fort.

Bitte vergessen Sie nicht den Antrag **und** die Einverständniserklärung zu unterschreiben, damit die notwendige Sachverhaltsaufklärung vom Landesamt für Soziales und Versorgung durchgeführt werden kann.

Bitte fügen Sie ein aktuelles Lichtbild (34 x 46 mm, erforderlich ab Vollendung des 10. Lebensjahres - auf der Rückseite versehen mit Namen, Vornamen, Geburtsdatum) bei.

Der Datenschutz ist gewährleistet.