

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

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

|            |   |
|------------|---|
| <b>2.2</b> | Nicht zu berücksichtigende Beeinträchtigungen:<br>..... |
|------------|---|

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

|            |   |                                     |  |
|------------|---|-------------------------------------|--|
| <b>2.4</b> | Hat ein Versorgungsamt, Landesamt, Wehrbereichsgebührensamt 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<br>für folgende<br>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)

|            |                 |     |                    |
|------------|-----------------|-----|--------------------|
| <b>3.1</b> | <b>Hausarzt</b> |     |                    |
|            | Name            |     | Straße, Hausnummer |
|            | PLZ             | Ort |                    |

| <b>3.2</b> | <b>Ärztliche Behandlungen</b> 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 |

| <b>3.3</b> | <b>Krankenhausbehandlungen</b> 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 |

| <b>3.4</b> | <b>Kuren/Rehabilitationsmaßnahmen</b> 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 |

|            |   |  |
|------------|---|--|
| <b>3.5</b> | <b>Krankenkasse:</b><br>(Name, Anschrift) |  |
|------------|---|--|

|            |  |              |
|------------|--|--------------|
| <b>3.6</b> | 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 |

|            |   |               |
|------------|---|---------------|
| <b>3.7</b> | 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:          |

|            |   |
|------------|---|
| <b>3.8</b> | Ich versichere, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. |
|            | Datum: ..... <b>Unterschrift:</b> .....   |

## 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<br>Merkzeichen<br>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>B</b>                                    |
| 2. | Kfz-Steuerermäßigung (50 %) * <b>oder</b> Vergünstigungen im öffentlichen Personennahverkehr                       | eine erhebliche Beeinträchtigung in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr festgestellt wird   | <b>G</b>                                    |
| 3. | Parkerleichterungen <b>und</b> Kfz-Steuerbefreiung * <b>und</b> Vergünstigungen im öffentlichen Personennahverkehr | eine außergewöhnliche Gehbehinderung festgestellt wird (z. B. Rollstuhlfahrer)   | <b>aG</b>                                   |
| 4. | Parkerleichterung <b>und</b> Kfz-Steuerbefreiung * <b>und</b> Freifahrt im öffentlichen Personennahverkehr         | Blindheit festgestellt wird  | <b>Bl</b>                                   |
| 5. | Kfz-Steuerbefreiung * <b>und</b> Freifahrt im öffentlichen Personennahverkehr                                      | Hilflosigkeit festgestellt wird (z. B. wenn für die gewöhnlichen Verrichtungen im täglichen Leben in erheblichem Umfang dauernde Hilfe erforderlich ist)   | <b>H</b>                                    |
| 6. | Rundfunkgebührenbefreiung  | auf Grund der festgestellten Beeinträchtigung eine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen ständig ausgeschlossen ist oder eine starke Sehbehinderung oder eine starke Hörbehinderung vorliegt | <b>RF</b>                                   |
| 7. | Benutzung der 1. Wagenklasse im Eisenbahnverkehr   | eine Schwerekriegsbeschädigung mit einer MdE von wenigstens 70 v. H. festgestellt wurde  | <b>1. Kl.</b>                               |
| 8. | Kfz-Steuerermäßigung (50 %) * <b>oder</b> Vergünstigungen im öffentlichen Personennahverkehr                       | Gehörlosigkeit bzw. an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit Sprachstörungen festgestellt wird  | <b>Gl</b>                                   |

\* 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.**