

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder in Blockschrift ausfüllen

A Antrag auf Feststellung einer Behinderung nach § 152 SGB IX

A1 Der Grad der Behinderung (GdB) und die Merkzeichen werden in dem Umfang festgestellt, der sich aus Ihrer Behinderung ergibt. Wenn Sie konkrete Erwartungen haben, können Sie diese hier angeben. Sie erleichtern uns damit die Sachverhaltsermittlung.
 Ich erwarte einen GdB von mindestens _____.

A2 Ich erwarte folgende(s) Merkzeichen:
 G erheblich gehbehindert **B** Begleitperson **aG** außergewöhnlich gehbehindert **RF** erheblich hör- oder sehbehindert, dauernd an Wohnung gebunden
 BI blind **GI** gehörlos **H** hilflos **TBI** hochgradig sehbehindert/blind und an Taubheit grenzend schwerhörig

B Angaben zur antragstellenden Person

B1	Nachname (surname, nom)	Vorname (first name, prénom)
	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	ggf. Geburts- oder frühere Namen
	Geburtsdatum	Geburtsort
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
B2	Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)	
B3	Steuer-ID (siehe Hinweis im anliegenden Informationsblatt)	
	Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> EU: _____ <input type="checkbox"/> Norwegen, Liechtenstein, Island: _____ <input type="checkbox"/> Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland <input type="checkbox"/> andere: _____ ⇨Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Aufenthaltstitels bei!⇩	
B4	Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Vertreter oder Betreuer bestellt ist	
	Art der Vertretung <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter (bei Anträgen Minderjähriger) <input type="checkbox"/> bevollmächtigter Vertreter ⇨ (bitte Vollmacht vorlegen) ⇩ <input type="checkbox"/> gerichtlich bestellter Betreuer ⇨ (bitte Betreuerausweis in Kopie vorlegen) ⇩	
	Name des Vertreters/Betreuers	Vorname
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
	Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)	Bei Betreuung: Die Bestellung als Betreuer gilt bis:



B5 ggf. weiterer Vertreter (z. B. bei minderjährigem Antragsteller mit gesetzlichem und bevollmächtigtem Vertreter)

Art der Vertretung gesetzlicher Vertreter (bei Anträgen Minderjähriger)
 bevollmächtigter Vertreter ➔ (bitte Vollmacht vorlegen) ⌚
 gerichtlich bestellter Betreuer ➔ (bitte Betreuerausweis in Kopie vorlegen) ⌚

Name des Vertreters/Betreuers Vorname

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Telefon tagsüber (freiwillige Angabe) **Bei Betreuung:**
Die Bestellung als Betreuer gilt bis:

Angaben zu **B6 bis B8** sind nur bei **Erstantrag** oder **Änderung** seit der letzten Antragstellung erforderlich.

B6 Sind Sie erwerbstätig? (freiwillige Angabe) nein ja

B7 Für Grenzarbeitnehmer: Name und Anschrift des Arbeitgebers:

B8 Name und Anschrift Ihrer derzeitigen Kranken-/Pflegeversicherung:

 Mitgliedsnummer: _____

C Gesundheitsstörung(en)/Behinderung(en)

C1 Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bzw. Behinderungen machen Sie geltend, die **mindestens sechs Monate andauern?**
 Wenn es sich um einen Verschlimmerungsantrag handelt (d. h. wenn Sie von uns früher bereits einen Bescheid erhalten haben) müssen Sie nur die Gesundheitsstörungen angeben, die sich verschlimmert haben oder die neu hinzugekommen sind.
 In diesem Fall geben Sie bitte in die Spalte V/N bei verschlimmerten Gesundheitsstörungen ein **V (für verschlimmert)** und bei neuen Gesundheitsstörungen ein **N (für neu)** an.
 Wenn es sich um den ersten Antrag handelt, ist hier keine Eintragung zu machen.

	V/N	Ursache der Behinderung
Nr. 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nr. 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nr. 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nr. 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nr. 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nr. 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nr. 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nr. 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2 Ursache der Behinderung (die jeweilige Ziffer bitte in die Kästchen eintragen) ■

- 01 = angeborene Ursache
- 02 = Arbeitsunfall/Berufskrankheit
- 04 = Verkehrsunfall
- 05 = häuslicher Unfall
- 06 = sonstiger Unfall
- 07 = Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung oder Folge einer Gewalttat
- 09 = sonstige Krankheit (auch Impfschaden)
- 10 = sonstige Ursache



D	Ausschluss von Gesundheitsstörungen				
D1	Folgende Gesundheitsstörungen sollen nicht berücksichtigt werden:				
E	Weitere Angaben				
E1	Bei Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit): Führen Sie ein Blutzuckertagebuch oder ähnliche Aufzeichnungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte beifügen)		
	Bei Migräne/Kopfschmerzen: Führen Sie einen Migränekalender bzw. ein Kopfschmerztagebuch?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte beifügen)		
	Bei sonstigen Schmerzen: Führen Sie ein Schmerztagebuch?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte beifügen)		
	Bei Hörbehinderung: Wurde vom Hörgeräteakustiker ein Sprachaudiogramm erstellt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte beifügen)		
	Bei Gehbehinderung: Benutzen Sie beim Verlassen des Hauses einen Rollstuhl?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
E2	Bei Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung: Beantragen Sie auch Blindengeld?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
F	Ärztliche Behandlungen zu C (in den letzten zwei Jahren)				
F1	Name und Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes:				

	Bei welchen Ärztinnen und Ärzten sind bzw. waren Sie außerdem in Behandlung?				
	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte	Fachgebiet	zu Nr. (siehe C)	letzter Besuch Monat/Jahr	Unterlagen beim Hausarzt?
				<input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein
.....				<input type="checkbox"/> ja	
Krankenhaus- und Reha-Behandlung(en) in den letzten zwei Jahren:					
Name und Anschrift der Klinik Abteilung/Station/Chef-/Stationsarzt	zu Nr. (siehe C)	von - bis Datum Aufnahme/Entlassung ambulant/stationär	Unterlagen beim Hausarzt?		
.....			<input type="checkbox"/> nein		
.....			<input type="checkbox"/> ja		
.....			<input type="checkbox"/> nein		
.....			<input type="checkbox"/> ja		
.....			<input type="checkbox"/> nein		
.....			<input type="checkbox"/> ja		



Bei Reha-Behandlung: Wer war der zuständige Kostenträger?

Anschrift: _____

Versicherungsnummer,
Aktenzeichen: _____

Sind Reha- oder Krankenhausbehandlung(en) in naher Zukunft vorgesehen?

nein ja, voraussichtlicher Beginn _____

Name, Anschrift der Klinik:

G Verfahren bei anderen Stellen

G1 Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung

- kein Antrag gestellt
 Antrag wurde abgelehnt
 Antrag läuft noch, Untersuchung am _____
 Rente wurde bewilligt ab _____

Wenn Antrag gestellt wurde: Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers:

Versicherungsnummer: _____

Leistungen der Pflegekasse/-versicherung

- kein Antrag gestellt
 Antrag wurde abgelehnt
 Antrag läuft noch, Untersuchung am _____
 Pflegegrad _____ ab _____

Antrag bei gesetzlichem Unfallversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft), Versorgungsamt in anderem Bundesland, österreichischem Sozialministeriumservice

Name und Anschrift der Stelle: _____

Bescheid vom _____ Aktenzeichen _____ ggf. Tag des Unfalls: _____

Gerichtliche Bestellung eines Betreuers

- Es wurde ein Betreuungsgutachten erstellt beim Amtsgericht _____ im Jahr _____

G2 Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Behinderteneinrichtung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Agentur für Arbeit) befinden sich weitere die Gesundheitsstörung(en) betreffende Unterlagen (z. B. Gutachten)?

Name, Anschrift: _____

Aktenzeichen _____ Jahr der Feststellung _____



H Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises

Beträgt der Grad der Behinderung 50 oder mehr, stellen wir Ihnen einen Schwerbehindertenausweis aus. Wenn Sie keinen Ausweis benötigen, teilen Sie uns das bitte hier mit:

Ich verzichte auf die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises.

I Passbild für den Schwerbehindertenausweis

Für den Schwerbehindertenausweis benötigen wir ein aktuelles Passbild. (Ausnahme: Für Kinder unter zehn Jahren ist kein Bild im Ausweis erforderlich.)

Das Bild muss folgende Eigenschaften aufweisen:

- Größe 35 x 45 mm im Hochformat
- einfarbiger, heller Hintergrund (keine Möbel, Gebäude o. ä. im Hintergrund).
- keine weiteren Personen oder Gegenstände im Bild
- Kopfbedeckungen sind nur aus religiösen Gründen erlaubt.

Bitte kennzeichnen Sie das Bild auf der Rückseite mit Vor- und Nachnamen und Geburtsdatum.

Wenn Sie in einem früheren Verfahren der letzten fünf Jahre mit der Bildspeicherung einverstanden waren, benötigen wir kein neues Passbild.

Das mitgeschickte Bild wird nach Abschluss dieses Verfahrens aus datenschutzrechtlichen Gründen vernichtet.

Wir bieten Ihnen aber die Möglichkeit an, das Bild weitere fünf Jahre zu speichern. Dies hat für Sie den Vorteil, dass Sie kein neues Passbild einsenden müssen, wenn wir Ihnen in dieser Zeit einen neuen Schwerbehindertenausweis ausstellen (z. B. aufgrund eines Verschlimmerungsantrags).

Ich bin damit einverstanden, dass mein Bild fünf Jahre lang gespeichert wird. Anschließend wird es automatisch gelöscht.

J Beizufügende Unterlagen (zur Beschleunigung Ihres Verfahrens)

- 2 unterschriebene Einwilligungserklärungen (Schweigepflichtentbindung)
- Vollmacht (wenn Antrag durch bevollmächtigten Vertreter gestellt)
- Betreuerausweis in Kopie (wenn Antrag durch Betreuer gestellt)
- Passbild (siehe dazu oben Abschnitt I)
- Reisepass/Aufenthaltstitel in Kopie (nur wenn Staatsangehörigkeit nicht EU, Island, Liechtenstein, Norwegen)
- Nachweis über Beschäftigung in Deutschland (nur für Grenzarbeitnehmer)

Wenn Sie medizinische Unterlagen beifügen, die Ihnen vorliegen, können Sie das Verfahren damit beschleunigen. Die Unterlagen sollten nicht älter als zwei Jahre sein. Bitte legen Sie nur Kopien bei, da wir die Unterlagen nicht zurückschicken. Benötigen wir weitere Unterlagen, fordern wir diese entsprechend der erteilten Einwilligungserklärung von der jeweiligen Stelle selbst an.

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

- Hausarztbefundbericht
- Facharztbefundbericht(e)
- Krankenhausbericht
- Reha-Entlassungsbericht
- Pflegegutachten
- Rentengutachten
- Betreuungsgutachten
- Gutachten der Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft)
- Sehtest (nur bei Sehschwäche)
- Sprachaudiogramm des Hörgeräteakustikers (nur bei Schwerhörigkeit)
- Migränekalender/Kopfschmerztagebuch



- sonstiges Schmerztagebuch
- Blutzuckertagebuch (bei Diabetes). Wenn Sie ein automatisches Blutzuckermessgerät nutzen: Wir benötigen Tagesdiagramme über einen Zeitraum von 2-3 Monaten mit dem grafischen Blutzuckerlauf eines jeden Tages, vor allem mit den maximalen Blutzucker-Abweichungen und den täglich verabreichten Insulinmengen (Umfang etwa 30 Blätter).
- sonstige medizinische Unterlagen
-

K Datenübermittlung

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, 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 soweit dies erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Ich widerspreche dieser Übermittlung.

L Einwilligungserklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigefügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich:

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe (Ärzte, Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, Psychologen, Psychotherapeuten, private Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträger einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste, Gerichten, Behörden usw.) im erforderlichen Umfang Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort dazu vorliegenden Unterlagen bezieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Personen oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Personen und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren noch bekanntgeben werde. Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Entlassungsberichte von der Deutschen Rentenversicherung bezieht. Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ausnahme: Es dürfen keine Auskünfte eingeholt werden bei:

L1 Folgende Unterlagen dürfen nicht eingeholt werden: _____

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für nachbenannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

M Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe und ein übersandtes Lichtbild mich oder 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.

N Unterschrift

Datum _____

Unterschrift _____

Antragsteller

bevollmächtigter Vertreter

gesetzlicher Verteter

Betreuer





**Einwilligung in die Übermittlung von Daten an das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS)
und Entbindung von der Schweigepflicht im Schwerbehindertenverfahren**

Antragsteller
Vor- und Nachname: _____
Anschritt: _____

Aktenzeichen

Erklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigefügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich:
Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe (Ärzte, Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, Psychologen, Psychotherapeuten, private Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträger einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste, Gerichten, Behörden usw.) im erforderlichen Umfang Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort dazu vorliegenden beizieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Personen oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Personen und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren noch bekanntgeben werde. Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Entlassungsberichte von der Deutschen Rentenversicherung beizieht. Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ausnahme: Es dürfen keine Auskünfte eingeholt werden bei: _____

Folgende Unterlagen dürfen nicht eingeholt werden: _____

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für nachbenannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

Datum

Unterschrift

Antragsteller gesetzlicher Verteter Betreuer Vorsorgevollmacht o. ä.



**Einwilligung in die Übermittlung von Daten an das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS)
und Entbindung von der Schweigepflicht im Schwerbehindertenverfahren**

Antragsteller
Vor- und Nachname: _____
Anschritt: _____

Aktenzeichen

Erklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigefügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich:
Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe (Ärzte, Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, Psychologen, Psychotherapeuten, private Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträger einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste, Gerichten, Behörden usw.) im erforderlichen Umfang Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort dazu vorliegenden beizieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Personen oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Personen und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren noch bekanntgeben werde. Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Entlassungsberichte von der Deutschen Rentenversicherung beizieht. Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ausnahme: Es dürfen keine Auskünfte eingeholt werden bei: _____

Folgende Unterlagen dürfen nicht eingeholt werden: _____

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für nachbenannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

Datum

Unterschrift

Antragsteller gesetzlicher Verteter Betreuer Vorsorgevollmacht o. ä.

