

# Schwerbehinderten- Antrag

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

Inklusion, d. h. die Möglichkeit, auch als behinderter Mensch alle Bereiche des Alltags und das Zusammenleben mit anderen selbst zu gestalten, beginnt auch mit der Anerkennung einer Behinderung im rechtlichem Sinn.

Mit diesem Formular können Sie die Feststellung eines Grades der Behinderung sowie von Merkzeichen beantragen.

Diese Feststellung bewirkt zwar nicht unmittelbar die Gewährung von Leistungen; sie ist aber Voraussetzung für den Anspruch auf Leistungen und Nachteilsausgleiche in vielen anderen Lebensbereichen (z. B. Arbeitsverhältnis, Steuern, Straßenverkehr).

Wir prüfen dabei Ihre gesundheitlichen Verhältnisse im Zeitpunkt der Antragstellung. Dazu benötigen wir Ihre Mitwirkung, aber auch die Hilfe Ihres Hausarztes sowie oft auch von Fachärzten, Krankenhäusern und Reha-Kliniken usw., ohne die eine Feststellung nicht möglich ist.

Hier ein Tipp, mit dem Sie Ihr Schwerbehindertenverfahren unterstützen und beschleunigen können: Suchen Sie schon vor der Antragstellung Ihre Ärzte auf und teilen Sie ihnen mit, dass Sie diesen Antrag stellen wollen. Beschaffen Sie medizinische Unterlagen (Befundberichte, Krankenhaus-, Reha-Berichte) – wenn möglich – gleich selbst und schicken Sie diese (mit) ein. Kopierkosten des Hausarztes können wir erstatten. Die Anforderung notwendiger Unterlagen durch uns („von Amts wegen“) dauert meist mehrere Wochen.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Zentrum Bayern Familie und Soziales

Stellen Sie den Antrag online am Computer ([www.zbfs.bayern.de](http://www.zbfs.bayern.de)). Es geht schneller und spart Porto.

Sie werden individuell durch das Programm geführt, weil für Sie nicht zutreffende Fragen automatisch entfallen. Sie können dort auch Unterlagen hochladen (z. B. Ihnen vorliegende Befundberichte). Und wenn Sie die Einwilligungserklärung am Ende des Online-Antrags ausdrucken, unterschreiben und hochladen, können Sie den Antrag rein elektronisch stellen.

Ausführliche Informationen zum Thema Schwerbehinderung und Nachteilsausgleiche finden Sie unter [www.zbfs.bayern.de](http://www.zbfs.bayern.de) sowie in unserer Broschüre „Wegweiser für Menschen mit Behinderung“.

## Welche Begriffe im Schwerbehindertenrecht verwendet werden

Eine **Behinderung** im Sinne des Schwerbehindertenrechts besteht, wenn ein Mensch körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen hat, die ihn in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.

Diese Beeinträchtigungen werden auch als **Gesundheitsstörungen** bezeichnet.

Beeinträchtigungen, die alterstypisch sind, kürzer als sechs Monate andauern oder nicht mindestens einen Grad der Behinderung (GdB) von 10 bedingen, gelten nicht als Behinderung.

Die Auswirkungen auf die Teilhabe an der Gesellschaft werden als **Grad der Behinderung (GdB)** nach Zehnergraden abgestuft (von 20 bis 100) festgestellt. Dabei kommt es nicht auf die ausgeübte oder angestrebte Erwerbstätigkeit an. Insbesondere sagt der GdB nicht aus, inwieweit jemand bei seiner Arbeit oder im Beruf beeinträchtigt ist.

Für jede Gesundheitsstörung wird ein **Einzel-GdB** ermittelt. Maßgebend für die Feststellung ist jedoch der **Gesamt-GdB**, für den die Auswirkungen der Gesundheitsstörungen insgesamt unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander bewertet werden. Dabei dürfen die Einzel-GdBs nicht addiert werden.

Bei einem Gesamt-GdB von 50 oder mehr besteht eine **Schwerbehinderung**.

Eine **Gleichstellung** können Personen mit einem GdB von 30 oder 40 erhalten, die wegen ihrer Behinderung keinen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder behalten können. Die Gleichstellung spricht die zuständige Agentur für Arbeit aus.

**Merkmale** sind bestimmte Buchstaben, die im Schwerbehindertenbescheid festgestellt und in den Schwerbehindertenausweis eingetragen werden. Sie dienen als Nachweis für besondere Beeinträchtigungen. Siehe dazu die Übersicht auf der folgenden Seite.

Mit der Zuerkennung eines Gesamt-GdB und/oder bestimmter Merkmale können im privaten und beruflichen Alltag sogenannte **Nachteilsausgleiche** in Anspruch genommen werden, um behinderungsbedingte Nachteile und Mehraufwendungen auszugleichen.

Die wichtigsten Vorschriften zum Schwerbehindertenrecht finden sich im **Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX)**, insbesondere §§ 151 ff SGB IX.

Die Regeln zur GdB-Bewertung und Vergabe von Merkmalen werden von den **Versorgungsmedizinischen Grundsätzen** (Anlage zur Versorgungsmedizin-Verordnung) festgelegt.

## Was Sie bei der Stellung dieses Antrags beachten sollten

Füllen Sie den Antrag bitte vollständig und in **Blockschrift** aus. Senden Sie auch die anliegenden **Einwilligungserklärungen** ausgefüllt und unterschrieben mit ein.

Für die Prüfung der geltend gemachten Gesundheitsstörungen benötigen wir **medizinische Unterlagen**.

Wenn Sie dem Antrag medizinische Unterlagen, die Ihnen vorliegen oder die Sie sich besorgen können, gleich **beifügen**, können Sie das Verfahren damit wesentlich beschleunigen. Wir empfehlen, die betreffenden Ärzte vorab über die Antragstellung zu informieren sowie sich bei Ihrem **Hausarzt** aktuelle medizinische Unterlagen (auch dem Hausarzt vorliegende Facharztbefunde) kopieren zu lassen und gleichzeitig mit dem Antrag einzusenden. Ein Vordruck zur Kostenerstattung mit zusätzlichen Informationen liegt bei. **Die Unterlagen sollen nicht älter als zwei Jahre sein.**

Bloße Atteste mit Diagnosen, aber ohne Aussagen über Funktionseinschränkungen genügen nicht für die Feststellung.

Falls eine Operation oder Reha-Maßnahme bevorsteht kann es sinnvoll sein, mit dem Antrag bis nach der Durchführung zu warten.

## Wohin Sie den Antrag schicken sollten

Das ZBFS hat in jedem bayerischen Regierungsbezirk eine Regionalstelle. Für die Bearbeitung Ihres Antrags ist grundsätzlich die Regionalstelle in Ihrem Regierungsbezirk zuständig:

**Schwaben:** ZBFS, Morellstraße 30, 86159 Augsburg;  
Tel.: 0821 5709-1907; Fax: 0821 5709-9907;  
E-Mail: schw-3@zbfs.bayern.de

**Mittelfranken:** ZBFS, Bärenschanzstraße 8a, 90429 Nürnberg;  
Tel.: 0911 928-2080; Fax: 0911 928-1930;  
E-Mail: mfr-3@zbfs.bayern.de

**Oberfranken:** ZBFS, Hegelstraße 2, 95447 Bayreuth;  
Tel.: 0921 605-4411, Fax: 0921 605-4422;  
E-Mail: ofr-3@zbfs.bayern.de

**Unterfranken:** ZBFS, Georg-Eydel-Straße 13, 97082 Würzburg;  
Tel.: 0931 4107-505; Fax: 0931 4107-0712;  
E-Mail: ufr-3@zbfs.bayern.de

**Niederbayern:** ZBFS, Friedhofstraße 7, 84028 Landshut;  
Tel.: 0871 829-111; Fax: 0871 829-175;  
E-Mail: ndb-3@zbfs.bayern.de

**Oberpfalz:** ZBFS, Landshuter Str. 55, 93053 Regensburg;  
Tel.: 0941 7809-4100; Fax: 0941 7809-1411;  
E-Mail: opf-3@zbfs.bayern.de

**Oberbayern:** Schicken Sie den Antrag bitte an die Regionalstelle Oberpfalz. Er wird dort erfasst und dann ggf. an eine andere Regionalstelle zur Bearbeitung weitergeleitet. Nach Eingang des Antrags erhalten Sie eine Eingangsbestätigung, der Sie entnehmen können, in welcher Regionalstelle Ihr Antrag bearbeitet wird.

Sollten Sie vorab schon allgemeine Fragen haben, können Sie sich an unsere Regionalstelle in der Bayerstraße 32 in 80335 München wenden (Tel.: 089 18966-1700).

## Wie es nach Stellung des Antrags weitergeht

Wenn wir außer den von Ihnen beigelegten Unterlagen weitere medizinische Unterlagen benötigen, fordern wir diese von Ihren behandelnden Ärzten entsprechend Ihrer Einwilli-

gungserklärung selbst an. Anschließend nimmt unser Ärztlicher Dienst eine Bewertung Ihres Gesundheitszustandes vor. Nur in seltenen Fällen ist es nötig, den Antragsteller persönlich zu untersuchen. Anschließend erhalten Sie einen Bescheid mit der Feststellung des GdB und ggf. der Merkzeichen. Beträgt der GdB mindestens 50, erhalten Sie auch einen Schwerbehindertenausweis.

Die Dauer des Verfahrens hängt vom Einzelfall ab und lässt sich daher nicht genau vorhersagen. Wenn Sie dem Antrag selbst aussagekräftige Unterlagen beilegen, geht es schneller, weil wir dann idealerweise nichts von Ihren behandelnden Ärzten anfordern müssen.

Im Regelfall ist damit zu rechnen, dass es einige Monate dauert, bis der Bescheid erstellt werden kann.

### In der Folge finden Sie Erläuterungen zu den einzelnen Abschnitten des Antragsformulars.

#### A Antrag

##### Zu A1, A2:

Bitte geben Sie den Gesamt-GdB und das/die Merkzeichen an, die Sie als Feststellung erwarten. Sie vermeiden damit ggf. unnötige Sachverhaltsermittlung. Wenn Sie keinen GdB angeben, gehen wir davon aus, dass die Schwerbehinderteneigenschaft (GdB 50) beantragt wird. Ergibt sich aus unserer Prüfung, dass ein höherer GdB als beantragt oder weitere Merkzeichen zustehen, dann stellen wir zu Ihren Gunsten in jedem Fall den höheren GdB sowie die weiteren Merkzeichen fest.

Die Prüfung erfolgt grundsätzlich bezogen auf den Zeitpunkt der Antragstellung. Wird mit dem Antrag ein besonderes Interesse an einer rückwirkenden Feststellung glaubhaft gemacht, erfolgt die Prüfung bezogen auf einen früheren Zeitpunkt. Das besondere Interesse an einer rückwirkenden Feststellung können Sie auf einem gesonderten Blatt beschreiben.

##### Zu A2:

Bei Antrag auf Erhöhung des GdB wegen hinzugekommener oder verschlimmelter Gesundheitsstörungen prüfen wir die bisherige Feststellung in vollem Umfang neu und berücksichtigen dabei auch ggf. Besserungen durch neue Hilfsmittel oder Körperersatzstücke (z. B. Hüft- oder Knieprothesen) sowie gesetzliche Änderungen. Trotz einzelner hinzugekommener oder verschlimmelter Gesundheitsstörungen kann es daher in seltenen Fällen auch zu einer Herabsetzung des Gesamt-GdB kommen. Beraten Sie sich dazu ggf. vorab mit Ihrem Hausarzt.

##### Zu A3:

Nachfolgend – nicht abschließend – die medizinischen Voraussetzungen für Merkzeichen:

<b>G</b>	<b>Erheblich in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr ist eingeschränkt</b> , wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden.
<b>B</b>	<b>Die Berechtigung zur Mitnahme</b> einer Begleitperson erhalten schwerbehinderte Menschen, die bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln infolge

	ihrer Behinderung regelmäßig auf Hilfe angewiesen sind. Voraussetzung ist außerdem, dass zugleich das Merkzeichen G, H oder GI zusteht.
<b>aG</b>	<b>Außergewöhnlich gehbehindert</b> sind Personen mit einer mobilitätsbezogenen Teilhabebeeinträchtigung, die einem GdB von mindestens 80 entspricht. Diese liegt vor, wenn sich schwerbehinderte Menschen wegen der Schwere der Beeinträchtigung dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Hierzu zählen insbesondere Menschen, die aufgrund der Beeinträchtigung der Gehfähigkeit und Fortbewegung – dauerhaft auch für sehr kurze Entfernungen – aus medizinischer Notwendigkeit auf die Verwendung eines Rollstuhls angewiesen sind.
<b>H</b>	<b>Hilflos</b> sind Personen, die infolge von Gesundheitsstörungen für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Dies ist auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder 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. Bei Kindern gelten für das Merkzeichen H besondere Kriterien.
<b>Bl</b>	<b>Blind</b> ist, wem das Augenlicht vollständig fehlt. Als blind gilt auch, wessen Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 0,02 (1/50) beträgt oder wenn entsprechend schwere Störungen des Sehvermögens vorliegen.
<b>GI</b>	<b>Gehörlosigkeit</b> liegt vor bei vollständiger Taubheit oder bei einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit beiderseits, wenn daneben schwere Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz) vorliegen.
<b>TBl</b>	Als <b>taubblind</b> gilt, wer wegen einer Störung der Hörfunktion mindestens einen Grad der Behinderung von 70 und zugleich wegen einer Störung des Sehvermögens einen Grad der Behinderung von 100 hat. Die Voraussetzungen sind nicht identisch mit dem Anspruch auf Taubblindengeld nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz. Diese Leistung muss daher stets gesondert beantragt werden.
<b>RF</b>	Das Merkzeichen zur <b>Ermäßigung des Rundfunkbeitrags</b> erhalten Menschen, die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen grundsätzlich nicht teilnehmen können. Der GdB muss mindestens 80 betragen. Auch mit Hilfe einer Begleitperson und technischer Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Inkontinenzartikel) darf eine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen nicht möglich sein. Das Merkzeichen RF erhalten außerdem Blinde sowie Menschen mit GdB 60 wegen Sehbehinderung oder GdB 50 wegen Hörbehinderung.

#### B Angaben zur antragstellenden Person

##### Zu B1:

Bitte geben Sie Ihren Namen mit der Schreibweise wie im Personalausweis bzw. in der Geburtsurkunde an. Bei mehreren Vornamen genügt die Angabe des Rufnamens.

#### zu B2:

Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Sie erleichtert Rückfragen und Zwischenmitteilungen.

#### Zu B3:

Der mit der Feststellung der Behinderung verbundene Nachteilsausgleich bei der Einkommensteuer (Behinderten-Pauschbetrag) kann künftig (der genaue Zeitpunkt steht noch nicht fest; er wird vom Bundesministerium der Finanzen festgelegt werden) nur noch genutzt werden, wenn das ZBFS Ihrem Finanzamt den GdB und etwaige Merkzeichen unmittelbar mitteilt.

Dazu benötigen wir Ihre Steuer-ID. Die Steuer-ID ist eine elfstellige Zahl, die Sie Ihrem letzten Einkommensteuerbescheid entnehmen können.

Bitte beachten Sie: Die Steuer-ID ist von der Steuernummer zu unterscheiden. Die Steuernummer ist hier nicht einzutragen. Wenn Sie nicht steuerpflichtig sind, brauchen Sie die Steuer-ID nicht anzugeben.

#### Zu B4:

Bei Vollmacht bzw. gerichtlich angeordneter Betreuung: Bitte legen Sie die Vollmacht bzw. den Betreuerausweis in Kopie vor. Die Vertretung durch einen Betreuer ist nur möglich, wenn der Aufgabenkreis auch die „Vertretung gegenüber Behörden“ oder die „Vermögenssorge“ umfasst. Gerichtlich bestellte Betreuer ohne diese Aufgaben sind im Schwerbehindertenverfahren nicht vertretungsbefugt.

#### Zu B6:

Die Angabe von Erwerbstätigkeit ist freiwillig. Anträge erwerbstätiger Antragsteller werden aber aufgrund gesetzlicher Vorgabe bevorzugt bearbeitet.

#### Zu B7:

Grenzarbeitnehmer sind Personen, die im Ausland leben und in Deutschland arbeiten.

#### Zu B8:

Wenn Sie hier Ihre Kranken- bzw. Pflegeversicherung angeben, können wir dort ggf. zusätzliche Unterlagen (z. B. Pflegegutachten) anfordern.

### C Gesundheitsstörungen bei Erstantrag

#### Zu C1:

Akute Erkrankungen wie z. B. Erkältungs- oder Magen-Darm-Infekte, Kopfschmerzen stellen keine andauernden Gesundheitsstörungen dar.

Sie müssen die Gesundheitsstörung nicht mit Fachausdrücken bezeichnen. Es genügen allgemeine Bezeichnungen, z. B. „Bluthochdruck“, „Wirbelsäulenerkrankung“, „Herzkrankung“.

#### Zu C2:

Bitte geben Sie die entsprechende Ziffer der Behinderungsursache an. Die Angabe erfolgt zu statistischen Zwecken.

### D Ausschluss von Gesundheitsstörungen

#### zu D1:

Sie können bestimmen, dass über einzelne Gesundheitsstörungen keine Feststellung erfolgt. Wir werden dann keine Befundberichte dazu beiziehen und die Gesundheitsstörung nicht in die Bewertung einbeziehen. Sie erscheint dann auch nicht im Bescheid.

### E Weitere Angaben

#### Zu E1:

Bei der Bewertung der hier genannten Gesundheitsstörungen ist das Ausmaß der Beeinträchtigung in der Lebensführung wichtig. Um diese beurteilen zu können, benötigen wir das Blutzuckertagebuch, den Migränekalender, das Schmerztagebuch oder eine vergleichbare Dokumentation (mindestens der letzten drei Monate).

#### Zu E2:

Zu den Voraussetzungen für Blindheit siehe A3 (Merkzeichen „Bl“). Wenn Sie „ja“ angeben, schicken wir Ihnen ein Antragsformular für Blindengeldleistungen zu.

### F Ärztliche Behandlungen

#### Zu F1:

Bitte beachten Sie die Hinweise auf Seite 2 („Was Sie bei der Stellung dieses Antrags beachten sollten“).

### G Ärztliche Behandlungen

#### Zu G1:

Den hier genannten Stellen liegen in der Regel umfangreiche medizinische Unterlagen vor, die sich gut für eine Auswertung im Schwerbehindertenverfahren eignen. Wir würden daher bei den von Ihnen genannten Stellen ggf. Unterlagen anfordern.

#### Zu G2:

Unterlagen der hier genannten Stellen werden nur hilfsweise für die Feststellung herangezogen, wenn eine Entscheidung mit den sonstigen medizinischen Unterlagen nicht möglich ist.

### H Einwilligungserklärung

#### Zu H1:

Neben der Einwilligungserklärung auf diesem Antrag benötigen wir als Nachweis gegenüber den vorgenannten Ärzten und Stellen weitere, abtrennbare Exemplare, um diese bei Bedarf dort vorzulegen. Ohne Ihre Einwilligung können wir dort keine Unterlagen anfordern.

### I Hinweise zum Datenschutz

Für dieses Formular ist das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) verantwortlich. Sie erreichen das ZBFS unter den auf Seite 2 genannten Kontaktdaten.

Wir verarbeiten Ihre Daten, um Ihren Schwerbehindertenantrag zu bearbeiten.

Informationen zum Datenschutz und zu Ihren datenschutzrechtlichen Rechten können Sie im Internet unter [www.zbfs.bayern.de/menschen-behinderung/datenschutz-antrag.pdf](http://www.zbfs.bayern.de/menschen-behinderung/datenschutz-antrag.pdf) abrufen oder in Papierform bei uns anfordern (Kontaktdaten siehe Seite 2).



Zentrum Bayern Familie und Soziales

Zentrale - Landesversorgungsamt

Hegelstraße 2, 95445 Bayreuth

Tel.: 0921 605-1, Fax: 0921 605-3903

E-Mail: [poststelle@zbfs.bayern.de](mailto:poststelle@zbfs.bayern.de)

Internet: [www.zbfs.bayern.de](http://www.zbfs.bayern.de)

Redaktion: ZBFS, PG III

Gestaltung: Jörg Rödel, ZBFS, Team VIII 6

Stand: September 2019



**! Einfacher und schneller!**  
Antrag **online** stellen unter:  
[www.zbfs.bayern.de](http://www.zbfs.bayern.de)



ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales



Region Oberfranken

Postanschrift der Regionalstellen: siehe Mantelbogen - Seite 2

Zentrum Bayern Familie und Soziales  
Region Oberfranken  
Hegelstraße 2  
95447 Bayreuth

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

<b>A Antrag</b>	
A1	<input type="checkbox"/> Antrag auf <b>erstmalige</b> Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von wenigstens <input type="text"/> <b>oder</b>
A2	<input type="checkbox"/> Antrag auf <b>Erhöhung</b> des Grades der Behinderung auf wenigstens <input type="text"/>
A3	<input type="checkbox"/> Antrag auf Feststellung des <b>Merkzeichens</b>
	<input type="checkbox"/> <b>G</b> erheblich gehbehindert <input type="checkbox"/> <b>B</b> Begleitperson <input type="checkbox"/> <b>aG</b> außergewöhnlich gehbehindert <input type="checkbox"/> <b>RF</b> erheblich hör- oder sehbehindert, dauernd an Wohnung gebunden <input type="checkbox"/> <b>BI</b> blind <input type="checkbox"/> <b>GI</b> gehörlos <input type="checkbox"/> <b>H</b> hilflos <input type="checkbox"/> <b>TBI</b> hochgradig sehbehindert/blind und an Taubheit grenzend schwerhörig
<b>B Angaben zur antragstellenden Person</b>	
B1	Nachname (surname, nom) <input type="text"/>
	Vorname (first name, prénom) <input type="text"/>
	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
	ggf. Geburts- oder frühere Namen <input type="text"/>
	Geburtsdatum <input type="text"/>
	Geburtsort <input type="text"/>
	Straße, Hausnummer <input type="text"/>
	PLZ, Ort <input type="text"/>
B2	Telefon tagsüber (freiwillige Angabe) <input type="text"/>
B3	Steuer-ID (siehe Hinweis im anliegenden Informationsblatt) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> EU (einschließlich Vereinigtes Königreich): <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Norwegen, Liechtenstein, Island: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/>
<b>⇒ Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Aufenthaltstitels bei! ⇐</b>	
<b>B4 Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Vertreter oder Betreuer bestellt ist</b>	
	Name des Vertreters/Betreuers <input type="text"/>
	Vorname <input type="text"/>
	Straße, Hausnummer <input type="text"/>
	PLZ, Ort <input type="text"/>
	Telefon tagsüber (freiwillige Angabe) <input type="text"/>



Angaben zu **B5 bis B7** sind nur bei **Erstantrag** oder **Änderung der Verhältnisse** seit der letzten Antragstellung erforderlich.

**B5** Sind Sie erwerbstätig?  nein  ja  
(freiwillige Angabe)

**B6** Grenzarbeitnehmer?  nein  ja

Wenn ja, Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**B7** Name und Anschrift Ihrer derzeitigen Kranken-/Pflegeversicherung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

**C Gesundheitsstörung(en)/Behinderung(en) bei erstmaliger Antragstellung**

C1	Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bzw. Behinderungen machen Sie geltend, die <b>mindestens sechs Monate andauern</b> ?	Ursache der Behinderung
Nr. 1	_____	<input type="checkbox"/>
Nr. 2	_____	<input type="checkbox"/>
Nr. 3	_____	<input type="checkbox"/>
Nr. 4	_____	<input type="checkbox"/>
Nr. 5	_____	<input type="checkbox"/>
Nr. 6	_____	<input type="checkbox"/>
Nr. 7	_____	<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
09 = sonstige Krankheit (auch Impfschaden)	oder Folge einer Gewalttat
	10 = sonstige Ursache

**D Gesundheitsstörungen/Behinderungen bei Erhöhungsantrag wegen Verschlimmerung**

D1	Welche Gesundheitsstörung(en)/Behinderung(en), die wir bereits festgestellt haben, hat/haben sich <b>verschlimmert und/oder ist/sind neu hinzugekommen</b> ?	Ursache der Behinderung
Nr. 1	_____	<input type="checkbox"/>
Nr. 2	_____	<input type="checkbox"/>
Nr. 3	_____	<input type="checkbox"/>
Nr. 4	_____	<input type="checkbox"/>
Nr. 5	_____	<input type="checkbox"/>
Nr. 6	_____	<input type="checkbox"/>
Nr. 7	_____	<input type="checkbox"/>



## E Ausschluss von Gesundheitsstörungen

E1 Folgende Gesundheitsstörungen sollen nicht berücksichtigt werden:

## F Weitere Angaben

- F1 **Bei Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit):**  nein  ja (bitte beifügen)  
 Führen Sie ein Blutzuckertagebuch oder ähnliche Aufzeichnungen?
- Bei Migräne/Kopfschmerzen:**  nein  ja (bitte beifügen)  
 Führen Sie einen Migränekalender bzw. ein Kopfschmerztagebuch?
- Bei sonstigen Schmerzen:**  nein  ja (bitte beifügen)  
 Führen Sie ein Schmerztagebuch?
- Bei Hörbehinderung:**  nein  ja (bitte beifügen)  
 Wurde vom Hörgeräteakustiker ein Sprachaudiogramm erstellt?
- Bei Gehbehinderung:**  nein  ja  
 Benutzen Sie beim Verlassen des Hauses einen Rollstuhl?
- F2 **Bei Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung:**  nein  ja  
 Beantragen Sie auch Blindengeld?

## G Ärztliche Behandlungen zu C und D (in den letzten zwei Jahren)

G1 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/D)	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
				<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/D)	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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## H Ärztliche Unterlagen anderer Stellen zu C und D (in den letzten zwei Jahren)

H1 Erhalten Sie Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie einen Antrag gestellt? Laufen dort Untersuchungen oder ist eine Klage beim Sozialgericht anhängig?

nein  ja, ich erhalte Rente ab \_\_\_\_\_

der Antrag wurde abgelehnt

über den Antrag ist noch nicht entschieden, voraussichtliche Untersuchung ist am

\_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Haben Sie bei der Pflegekasse/Pflegeversicherung Pflegeleistungen beantragt?

nein  ja, der Antrag wurde bewilligt mit Pflegegrad \_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_

der Antrag wurde abgelehnt

über den Antrag ist noch nicht entschieden, voraussichtliche Untersuchung ist am

\_\_\_\_\_

Hat ein anderes Versorgungsamt, eine andere Verwaltungsbehörde, eine Berufsgenossenschaft oder ein Gericht bereits eine Feststellung zu den gesundheitlichen Verhältnissen, den Gesundheitsstörungen, zum Grad der Behinderung (GdB), zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), zum Grad der Schädigung (GdS) getroffen oder ist ein entsprechender Antrag gestellt?

nein  ja, und zwar Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer,  
Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

ggf. Tag  
des Unfalls: \_\_\_\_\_

Bescheid/  
Entscheidung vom: \_\_\_\_\_

Wurde im Rahmen eines Betreuungsverfahrens ein Gutachten erstellt?

nein  ja, beim Amtsgericht \_\_\_\_\_



**H2**

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: \_\_\_\_\_

**I**

### 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.

**J**

### Passbild für den Schwerbehindertenausweis

Für den Schwerbehindertenausweis benötigen wir ein aktuelles Passbild in Farbe (35 mm x 45 mm im Hochformat). Bitte kennzeichnen Sie das Bild auf der Rückseite mit Ihrem Vor- und Nachnamen und dem Geburtsdatum. Wenn Sie in einem früheren Verfahren der letzten fünf Jahre mit der Bildspeicherung einverstanden waren, benötigen wir kein neues Passbild.

Für Kinder unter zehn Jahren ist kein Bild im Ausweis erforderlich.

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.

**K**

### Beizufügende Unterlagen (Zur Beschleunigung Ihres Verfahrens)

Bitte gehen Sie die Liste der beispielhaft aufgeführten Unterlagen genau durch und fügen Sie dem Antrag **die für Sie zutreffenden Anlagen**, wenn möglich, bei. Sie ersparen damit Rückfragen und zeitaufwendige Ermittlungen. Originalunterlagen senden wir umgehend zurück. Benötigen wir weitere Unterlagen, fordern wir diese von Amts wegen entsprechend der erteilten Einwilligungserklärung selbst an. Ärztliche Atteste mit Diagnosen, aber ohne Angaben von Befunden, Funktionseinschränkungen und Art der Behandlung genügen i. d. R. nicht als Nachweis von Behinderungen. Die Unterlagen sollen **nicht älter als zwei Jahre** sein.

- 2 unterschriebene Einverständniserklärungen
- Vollmacht
- Passbild (farbig 35 mm x 45 mm Hochformat)
- Betreuerausweis, Betreuungsgutachten
- Kopie Reisepass oder elektronischer Aufenthaltstitel (nicht notwendig bei EU-Angehörigen oder aus den Ländern Island, Liechtenstein, Norwegen)
- Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers, Arbeitserlaubnis (nur wenn Grenzarbeitnehmer)
- Hausarztbefundbericht
- Facharztbefundbericht(e)
- Blutzuckertagebuch oder digitale Auswertung (nur bei Diabetes mellitus)
- Migränekalender/Kopfschmerztagebuch
- sonstiges Schmerztagebuch
- Krankenhausbericht
- Reha-Entlassungsbericht
- Pflegegutachten
- Sehtest (nur bei Sehschwäche)



- Sprachaudiogramm des Hörgeräteakustikers (nur bei Schwerhörigkeit)
- Rentengutachten
- Gutachten der Berufsgenossenschaft
- sonstige (Therapie-)Berichte
- sonstige medizinische Unterlagen
- .....
- .....

**L 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.

**M Einwilligungserklärung**

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigelegten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich: Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten (Betreuungsgericht), Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, im **erforderlichen Umfang** Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für die Einholung von Unterlagen, Antragsbegründungen und Verlaufsberichten sowie Berichte über stationäre Maßnahmen bei Psychologen und Psychotherapeuten. Dies gilt auch für Ärzte 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. Die Unterlagen sollen nicht älter als zwei Jahre sein.

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

**M1 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.

**N 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.

**O Unterschrift**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift



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

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Erklärung**

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigefügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich: Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten (Betreuungsgericht), Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, im **erforderlichen Umfang** Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für die Einholung von Unterlagen, Antragsbegründungen und Verlaufsberichten sowie Berichte über stationäre Maßnahmen bei Psychologen und Psychotherapeuten. Dies gilt auch für Ärzte 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. Die Unterlagen sollen nicht älter als zwei Jahre sein.

**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



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

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Erklärung**

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigefügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich: Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten (Betreuungsgericht), Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, im **erforderlichen Umfang** Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für die Einholung von Unterlagen, Antragsbegründungen und Verlaufsberichten sowie Berichte über stationäre Maßnahmen bei Psychologen und Psychotherapeuten. Dies gilt auch für Ärzte 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. Die Unterlagen sollen nicht älter als zwei Jahre sein.

**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

