

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

A Antrag

A1 Antrag auf **erstmalige** Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von wenigstens

oder

A2 Antrag auf **Erhöhung** des Grades der Behinderung auf wenigstens

A3 Antrag auf Feststellung des **Merkzeichens**

G (erheblich gehbehindert) **B** (Begleitperson) **aG** (außergewöhnlich gehbehindert) **H** (hilflos)

BI (blind) **GI** (gehörlos) **RF** (erheblich hör- oder sehbehindert, dauernd an Wohnung gebunden)

A4 Antrag auf Ausstellung eines **Schwerbehindertenausweises** (siehe auch **D**)

B Mitwirkung

Füllen Sie den Antrag bitte vollständig und in Blockschrift aus.

Entsprechend §§ 60 ff SGB I sind Sie zu den notwendigen Angaben verpflichtet.

Senden Sie auch die anliegenden Einverständniserklärungen ausgefüllt und unterschrieben mit ein.

Fügen Sie dem Antrag bitte Unterlagen bei, die Ihnen vorliegen oder die Sie sich von Ihren Ärzten besorgen können. Fehlende Unterlagen fordern wir von Amts wegen bei Ärzten, Krankenhäusern und Reha-Kliniken usw. nach. Wir bitten um Verständnis, wenn dies die Bearbeitungszeit verlängert.

C Angaben zur antragstellenden Person

| | | | |
|-----------|--|------------|---|
| C1 | Name | Vorname | Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| | ggf. Geburts- oder frühere Namen | Geburtsort | Geburtsdatum |
| | Straße, Hausnummer | | PLZ, Ort |
| | Telefon tagsüber | Fax | E-Mail |
| C2 | Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Vertreter oder Betreuer bestellt ist | | |
| | Name des Vertreters/Betreuers | | Vorname |
| | Straße, Hausnummer | | PLZ, Ort |
| | Telefon tagsüber | Fax | E-Mail |

Angaben zu **C3 bis C6** sind nur bei **Erstantrag** oder **Änderung der Verhältnisse** seit der letzten Antragstellung erforderlich.

C3 Staatsangehörigkeit deutsch oder aus EU, Norwegen, Liechtenstein, Island
 andere: _____

C4 Sind Sie erwerbstätig? nein ja

C5 Grenzarbeitnehmer? nein ja

Wenn ja, Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift: _____

C6 Name und Anschrift Ihrer derzeitigen Kranken-/Pflegeversicherung:

Mitgliedernummer: _____

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

D1 Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bzw. Behinderungen haben Sie, die **mindestens 6 Monate andauern**? **Ursache der Behinderung**

| | |
|-------|----------------------|
| Nr. 1 | <input type="text"/> |
| Nr. 2 | <input type="text"/> |
| Nr. 3 | <input type="text"/> |
| Nr. 4 | <input type="text"/> |
| Nr. 5 | <input type="text"/> |
| Nr. 6 | <input type="text"/> |
| Nr. 7 | <input type="text"/> |

D2 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 |

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

E1 Welche Gesundheitsstörung(en)/Behinderung(en), die wir bereits festgestellt haben, hat/haben sich **verschlimmert und/oder ist/sind neu hinzugekommen**? **Ursache der Behinderung**

| | |
|-------|----------------------|
| Nr. 1 | <input type="text"/> |
| Nr. 2 | <input type="text"/> |
| Nr. 3 | <input type="text"/> |
| Nr. 4 | <input type="text"/> |
| Nr. 5 | <input type="text"/> |
| Nr. 6 | <input type="text"/> |
| Nr. 7 | <input type="text"/> |

F Weitere Angaben

- F1 Bei Diabetes mellitus:** nein ja (Nachweis notwendig)
 Führen Sie ein Blutzuckertagebuch?
- Bei Hörbehinderung:** nein ja
 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?
- F3 Soll Ihr Antrag alle bestehenden Gesundheitsstörungen umfassen?**
Wenn nein:
 Welche Gesundheitsstörung(en) soll(en) nicht berücksichtigt werden?

G Ärztliche Behandlungen

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 | Gesundheitsstörung Nr. (siehe D/E) | 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 |

G2 Krankenhaus- und Reha-Behandlung(en) in den letzten zwei Jahren:

| Name und Anschrift der Klinik Abteilung/Station/Chef-/Stationsarzt | Gesundheitsstörung Nr. (siehe D/E) | Monat/Jahr 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 |
| | | | <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

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 Pflegestufe _____ 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 Gesundheitsstörung (GdS) getroffen oder ist ein entsprechender Antrag gestellt?

nein ja, und zwar

Name: _____

Anschrift: _____

Versicherungsnummer,
Aktenzeichen: _____

ggf. Tag
des Unfalls: _____

Bescheid/
Entscheidung vom: _____

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

Falls Sie in vorangegangenen Verfahren noch kein Bild übersandt oder der Speicherung eines übersandten Bildes widersprochen haben, benötigen wir von Ihnen (erneut) ein aktuelles Passbild in Farbe (35 mm x 45 mm im Hochformat). Für Kinder unter zehn Jahren ist kein Bild im Ausweis erforderlich. Bitte kennzeichnen Sie das Bild auf der Rückseite mit Ihrem Vor- und Nachnamen und dem Geburtsdatum.

Das mitgeschickte Bild wird nach der elektronischen Erfassung und Speicherung aus datenschutzrechtlichen Gründen vernichtet. Es bleibt für spätere Neuausstellungen (z. B. bei Widerspruch, Verschlimmerungsantrag, Nachprüfungsverfahren) für längstens fünf Jahre gespeichert und wird dann automatisch gelöscht. Sie können der Speicherung jedoch widersprechen.

Mit der elektronischen Speicherung bin ich **nicht** einverstanden. Das elektronisch gespeicherte Bild soll unmittelbar nach der Bescheiderteilung gelöscht werden.

J

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 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.

- 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, Arbeiterlaubnis
(nur wenn Grenzarbeitnehmer)
- Hausarztbefundbericht
- Facharztbefundbericht(e)
- Blutzuckertagebuch oder digitale Auswertung (nur bei Diabetes mellitus)
- Krankenhausbericht
- Reha-Entlassungsbericht
- Sehtest (nur bei Sehschwäche)
- Sprachaudiogramm des Hörgeräteakustikers (nur bei Schwerhörigkeit)
- Rentengutachten
- Gutachten der Berufsgenossenschaft
- sonstige (Therapie-)Berichte
- sonstige medizinische Unterlagen
-
-

K Erklärungen

K1

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.

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 den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten (Vormundschaftsgericht), 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 von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. 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 Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen 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.

Keine Auskünfte und Unterlagen dürfen eingeholt werden bei: _____
Für den Fall, dass Angaben unvollständig gemacht werden, kann unter Umständen der GdB nicht in der richtigen Höhe oder können Merkzeichen nicht festgestellt werden.

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 (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

_____ Datum

_____ Unterschrift

L Ihre zuständige Regionalstelle

L1

Zuständig für die Bearbeitung Ihres Antrags ist grundsätzlich unsere Regionalstelle in Ihrem Regierungsbezirk. Nur Anträge aus dem Bezirk Oberbayern werden auch in den Regionalstellen Niederbayern, Oberpfalz und Oberfranken bearbeitet. Die genaue Zuständigkeit ist nachfolgend erläutert. Antragsteller aus Oberbayern können den Antrag aber immer auch bei der Regionalstelle Oberbayern einreichen. Er wird von dort ggf. weitergeleitet.

Mittelfranken: Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bärenschanzstraße 8a, 90429 Nürnberg
Tel.: 0911 / 928-0, Fax: 0911 / 928-1901, E-Mail: poststelle.mfr@zbfs.bayern.de

Oberfranken: Zentrum Bayern Familie und Soziales, Hegelstraße 2, 95447 Bayreuth
Tel.: 0921 / 605-1, Fax: 0921 / 605-2900, E-Mail: poststelle.ofr@zbfs.bayern.de

Unterfranken: Zentrum Bayern Familie und Soziales, Georg-Eydel-Straße 13, 97082 Würzburg
Tel.: 0931 / 4107-01, Fax: 0931 / 4107-222, E-Mail: poststelle.ufr@zbfs.bayern.de

Oberpfalz: Zentrum Bayern Familie und Soziales, Landshuter Str. 55, 93053 Regensburg
Tel.: 0941 / 7809-0, Fax: 0941 / 7809-1304, E-Mail: poststelle.opf@zbfs.bayern.de

Niederbayern: Zentrum Bayern Familie und Soziales, Friedhofstraße 7, 84028 Landshut
Tel.: 0871 / 829-0, Fax: 0871 / 829-188, E-Mail: poststelle.ndb@zbfs.bayern.de

Schwaben: Zentrum Bayern Familie und Soziales, Morellstraße 30, 86159 Augsburg
Tel.: 0821 / 5709-01, Fax: 0821 / 5709-5000, E-Mail: poststelle.schw@zbfs.bayern.de

Oberbayern: Buchst. Ki–Kz, M (außer Maier – alle Schreibweisen), O, Q, Ra, Ri–Rz, Sch, S (ohne St), V
Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bayerstraße 32, 80335 München
Tel.: 089 / 18966-0, Fax: 089 / 18966-1499, E-Mail: poststelle.obb@zbfs.bayern.de
Buchst. B, C, D, G: ZBFS Region Oberfranken
Buchst. A, E, F, H: ZBFS Region Niederbayern
Buchst. I, J, Ka–Kh, L, Maier (alle Schreibweisen),
N, P, Re–Rh, St, T, U, W, X, Y, Z: ZBFS Region Oberpfalz

Nach Eingang des Antrags erhalten Sie eine Eingangsbestätigung mit Angaben zur Erreichbarkeit Ihrer/Ihres zuständigen Bearbeiterin/Bearbeiters.

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

Zu- und Vorname: _____
Straße, Hausnr.: _____
PLZ, Ort _____

Aktenzeichen

Erklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigelegten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich: Ich bin einverstanden, dass das ZBFS in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten (Vormundschaftsgericht), 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 von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe des Verfahrens noch bekanntgeben werde. Ich bin einverstanden, dass das ZBFS die von mir im Antrag 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.

Falls ich diese Einverständniserklärung widerrufen oder einschränken will, gebe ich eine gesonderte Erklärung im Antrag ab.

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 (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 und 5 SGB X): Die personenbezogenen Daten sind zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach § 69 SGB IX erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung durch das ZBFS ist § 67a SGB X. Rechtsgrundlage für die Datenübermittlung ist die Einwilligung der antragstellenden Person (§§ 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 67b Abs. 1 Satz 1 SGB X).

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

Zu- und Vorname: _____
Straße, Hausnr.: _____
PLZ, Ort _____

Aktenzeichen

Erklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigelegten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich: Ich bin einverstanden, dass das ZBFS in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten (Vormundschaftsgericht), 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 von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe des Verfahrens noch bekanntgeben werde. Ich bin einverstanden, dass das ZBFS die von mir im Antrag 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.

Falls ich diese Einverständniserklärung widerrufen oder einschränken will, gebe ich eine gesonderte Erklärung im Antrag ab.

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 (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 und 5 SGB X): Die personenbezogenen Daten sind zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach § 69 SGB IX erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung durch das ZBFS ist § 67a SGB X. Rechtsgrundlage für die Datenübermittlung ist die Einwilligung der antragstellenden Person (§§ 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 67b Abs. 1 Satz 1 SGB X).

