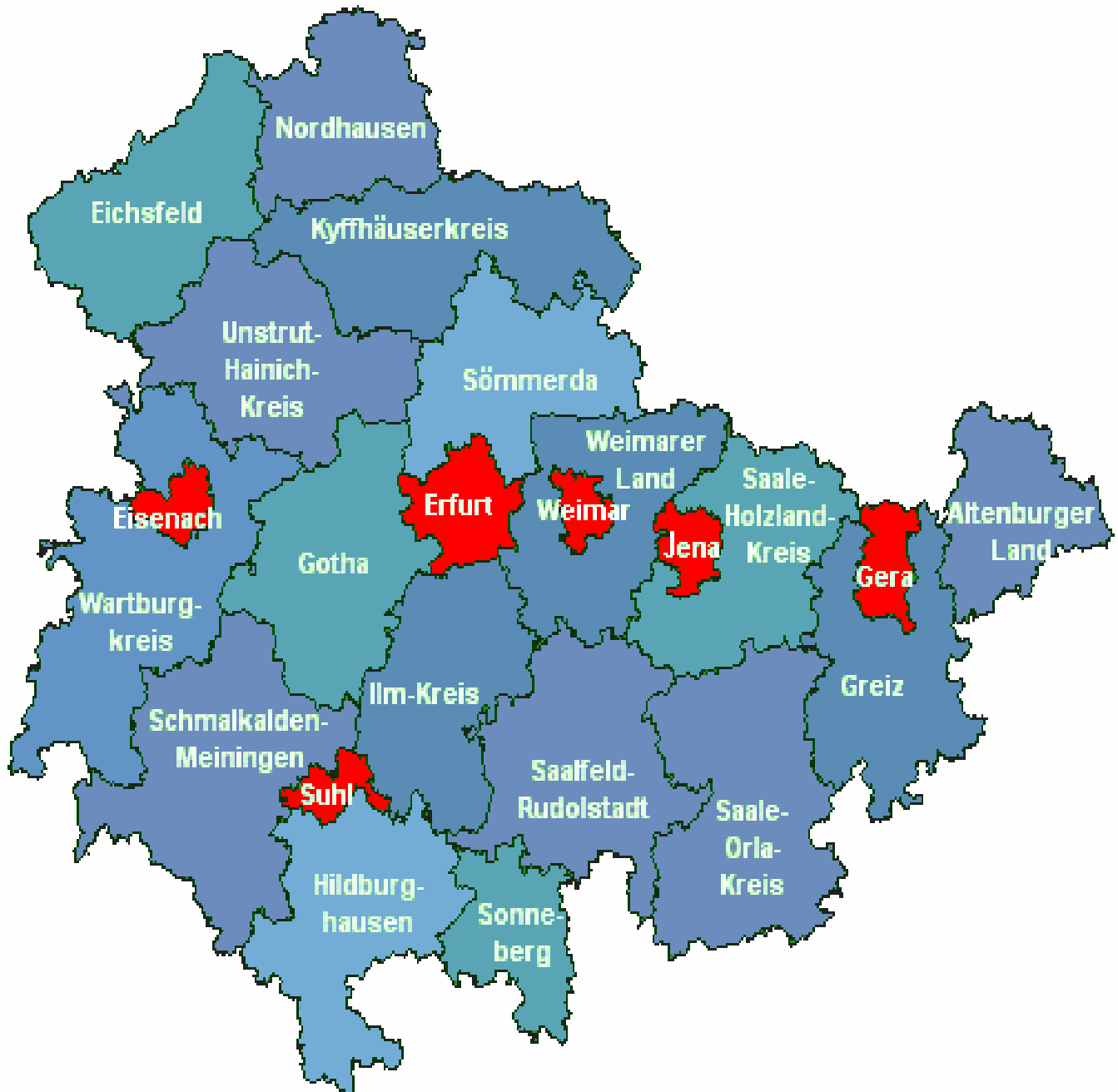


Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht

gemäß § 69 Neuntem Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)
- Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) und von Merkzeichen,
Ausstellung eines Ausweises -

Bitte wählen Sie als Erstes die für Ihren Wohnort zuständige Stadtverwaltung Ihrer kreisfreien Stadt bzw. das zuständige Landratsamt Ihres Landkreises aus:



Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

bitte füllen Sie den Antragsvordruck sorgfältig und vollständig – möglichst in Druckschrift – aus. Sie können ihn aber auch am Computer ausfüllen und dann ausdrucken.

Ihre vollständigen Angaben erleichtern die Sachaufklärung, vermeiden Rückfragen und beschleunigen so die Bearbeitung.

Beachten Sie bitte die Hinweise und Tipps im Merkblatt zum Antrag und vergessen Sie bitte nicht, den Antrag auf den **Seiten 4 und 5** zu unterschreiben.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Stadtverwaltung/Ihr Landratsamt

Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht

gemäß § 69 Neuntem Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) und von Merkzeichen, Ausstellung eines Ausweises –

┌

┐

Bitte für amtliche Zwecke freihalten
Eingangsstempel der zuständigen Behörde

└

┘

1	Erstantrag Ich habe bisher keinen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt.
	Änderungsantrag Ich habe schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt bei: Behörde Aktenzeichen
	Besitzen Sie von einem <u>anderen</u> Amt einen Schwerbehindertenausweis? ja, bitte Kopie beifügen nein
	Dieser Antrag soll gleichzeitig als Antrag auf Bewilligung von Landesblindengeld nach dem Thüringer Blindengeldgesetz (ThürBlGG) gelten.

Antragstellerin/Antragsteller

2	Nachname (ggf. Geburtsname), Vorname	Geburtsdatum	weiblich	männlich
	Straße, Hausnummer	Telefon (tagsüber erreichbar)	Telefax	
	PLZ	derzeitiger Wohnort (bitte Ortsteil mit angeben)		
3	Sind Sie zur Zeit erwerbstätig? ja nein			
4	Staatsangehörigkeit			
	Angehörige eines Staates außerhalb der EU: Bitte legen Sie eine amtliche Bescheinigung der Ausländerbehörde über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Kopie des Aufenthaltstitels vor.			

Bevollmächtigte/r, gesetzliche/r Vertreter/in, Betreuer/in (falls vorhanden)

5	Nachname, Vorname	Straße, Hausnummer		
	PLZ	derzeitiger Wohnort	Telefon (tagsüber erreichbar)	

Fügen Sie bitte eine Vollmacht bzw. eine Betreuungsurkunde in Kopie bei!

Feststellungsbeginn

6	Ich beantrage die Feststellung	ab Antragseingang	rückwirkend ab
	Ich beantrage eine Rückwirkung wegen	Steuer	Rente
	oder wegen		

Angaben zu den Gesundheitsstörungen

7	Welche Gesundheitsstörungen werden <u>erstmalig</u> als Behinderungen geltend gemacht? Welche Gesundheitsstörungen sind seit der <u>letzten Feststellung</u> hinzugetreten? Geben Sie bitte nur Gesundheitsstörungen an, die zu <u>dauernden Funktionsbeeinträchtigungen</u> führen.		
	Bezeichnung der Funktionsbeeinträchtigung	Ursachenschlüssel	Geben Sie bitte zu jeder Beeinträchtigung den jeweiligen Ursachenschlüssel an:
	a)		01 = angeborene Behinderung
	b)		02 = Arbeitsunfall, einschließlich Wege- und Betriebsunfall, Berufskrankheit
	c)		04 = Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall
	d)		05 = häuslicher Unfall, soweit nicht Arbeitsunfall
	e)		06 = sonstiger nicht bezeichneter Unfall
f)		07 = anerkannte Kriegs-, Wehr dienst- oder Zivildienstbeschädigung	
			09 = sonstige Krankheiten einschließlich Impfschaden ohne Berufskrankheit
			10 = sonst. oder mehrere Ursachen
8	Folgende, bereits festgestellte Behinderungen haben sich seit der <u>letzten</u> Feststellung wesentlich verschlimmert:		

Wurde bereits von anderen Behörden eine Feststellung getroffen? – ggf. Bescheidkopie beifügen

9	Unfallversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft)	ja	nein	beantragt
	Versorgungsverwaltung (Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, SED-Unrechtsbereinigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Thüringer Blindengeldgesetz usw.)	ja	nein	beantragt
	Sonstige (z. B. Leistungen der Pflegekasse)	ja	nein	beantragt
	Behörde/Dienststelle – genaue Anschrift -	Geschäftszeichen, Versicherungsnummer		Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

Haben Sie ein besonderes Begehren bezüglich der Feststellung von Merkzeichen? (siehe Merkblatt)

10	Insbesondere begehre ich die Feststellung folgender Merkzeichen:	
	G	gehbehindert
	aG	außergewöhnlich gehbehindert
	B	zur Mitnahme einer Begleitperson berechtigt
	H	hilflös
	Bl	blind
	Gl	gehörlos
	RF	Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht
Hinweis:	Falls Sie die Feststellung des Merkzeichens „RF“ begehren sollten, wird darauf hingewiesen, vorsorglich auch <u>gleichzeitig</u> mit dem Antrag nach dem SGB IX einen Antrag auf Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei der Gebühreneinzugszentrale (GEZ), 50656 Köln zu stellen. Ein Antragsformular wird von der zuständigen Behörde mit der Eingangsbestätigung zum SGB-IX-Antrag übersandt werden. Er kann auch aus dem Internet unter www.gez.de heruntergeladen werden. Den ausgefüllten Antrag übersenden Sie bitte an die GEZ.	

Folgende Funktionsbeeinträchtigungen sind vom Feststellungsverfahren auszuschließen:

11	
	Beachten Sie bitte, dass diese Funktionsbeeinträchtigung dann bei der Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) und ggf. festzustellender Merkzeichen unberücksichtigt bleiben.

Geben Sie bitte an, von welchen Ärzten/Kliniken Befundberichte bzw. Unterlagen zu den von Ihnen geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen angefordert werden können. Mit der Erklärung zu Nummer 18 entbinden Sie die Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Hausarzt

12	Nachname, Vorname		
	Straße, Hausnummer		
	PLZ	Ort	Datum der letzten Behandlung

Fachärzte wegen geltend gemachten Behinderungen in den letzten zwei Jahren bzw. seit der letzten Feststellung

13	Behandlung von - bis	Name, Anschrift, Fachgebiet	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

Krankenhausbehandlung wegen der geltend gemachten Behinderungen in den letzten zwei Jahren bzw. seit der letzten Feststellung

14	Behandlung von - bis	Name, Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, ggf. Name des behandelnden Arztes und dessen Fachrichtung	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

Reha- bzw. Kurbehandlung in den letzten 2 Jahren bzw. seit der letzten Feststellung

15	Behandlung von - bis	Name, Anschrift der Klinik	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?
	Name und Anschrift des Kostenträgers (z.B. Deutsche Rentenversicherung, Krankenversicherung)		Aktenzeichen, Versicherungsnummer
	Behandlung von - bis	Name, Anschrift der Klinik	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?
	Name und Anschrift des Kostenträgers (z.B. Deutsche Rentenversicherung, Krankenversicherung)		Aktenzeichen, Versicherungsnummer

Krankenkasse

16	Name, Anschrift der derzeitigen Krankenkasse

Weitere ärztliche Unterlagen wegen der geltend gemachten Behinderungen in den **letzten 2 Jahren**, bzw. seit der **letzten Feststellung**

17	Bei welchen Stellen befinden sich außer den zur Begründung dieses Antrages bereits beigefügten Unterlagen noch weitere, die Behinderung betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw. (z.B. bei der Deutschen Rentenversicherung, Agenturen für Arbeit, Sonderschulen)?		
	Behörde/Dienststelle -genaue Anschrift-	Geschäftszeichen Versicherungsnummer	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

Bitte senden Sie auch Unterlagen ein, die sich in Ihren Händen befinden. Sie können damit zu einer Verkürzung der Bearbeitungsdauer beitragen.

(Bitte senden Sie, wenn möglich, Kopien ein. Originale werden vom Amt nach erfolgter Auswertung unverzüglich zurückgesandt.)

Folgende Unterlagen füge ich bei:

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung des Grades der Behinderung und von Merkzeichen gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Änderungen des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag eintreten, werde ich der zuständigen Behörde unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

des Antragstellers, gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten, Betreuers

Die nachfolgende Einwilligungserklärung bitte unbedingt unterschreiben!

18

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die für das Feststellungsverfahren und Ausweiswesen zuständige Behörde die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag bzw. im weiteren Verfahren von mir benannten Ärzten und Krankenanstalten sowie bei Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind), insbesondere Entlassungsberichte/Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden Behinderungen geben können.

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht eingeschränkt habe, u.a. auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein sich evtl. anschließendes Rechtsbehelfsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte und Psychologen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Mit der Einholung von Auskünften und Unterlagen bei folgenden Stellen (z. B. Ärzten, Krankenanstalten usw.) bin ich **nicht** einverstanden:

Ort, Datum

Unterschrift
des Antragstellers, gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten, Betreuers