

An das Amt für soziale Angelegenheiten (Postleitzahl, Ort)	Bitte für amtliche Zwecke freilassen !	
	Geschäftszeichen	<input type="checkbox"/> Vorgang -nicht- vorhanden <input type="checkbox"/> Daten erfasst am mit -ohne- maschinelle Eingangsbe- stätigung <input type="checkbox"/>

**Erst-Antrag auf Feststellung einer Behinderung
nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)**

<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Feststellung des Grades meiner Behinderung (GdB) sowie weiterer gesundheitlicher Merkmale, soweit sie Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen sind.
<input type="checkbox"/> Ich beantrage außerdem die Ausstellung eines entsprechenden Nachweises (z.B. Schwerbehindertenausweis, Bescheinigung etc.). Der Nachweis wird benötigt für die Zeit <input type="checkbox"/> ab Antragstellung <input type="checkbox"/> bereits ab <input type="checkbox"/> für steuerliche Zwecke <input type="checkbox"/> für
<input type="checkbox"/> Ich benötige (derzeit) keinen Nachweis.

Allgemeine Hinweise:

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen zur Beschleunigung der Bearbeitung Ihres Antrages sorgfältig und vollständig. Ihre Angaben sind für die Bearbeitung notwendig. Sie sind dazu auch verpflichtet. Wer Sozialleistungen beantragt, hat gemäß § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen anzugeben. Dies gilt für das Verfahren nach § 69 SGB IX entsprechend. Außerdem sollen Sie nach § 21 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken, insbesondere Ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben. Soweit und solange es zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgabe aus § 69 SGB IX notwendig ist, werden Ihre Sozialdaten gespeichert. Rechtsgrundlage ist § 67 c SGB X.
 Der Schwerbehindertenausweis ist regelmäßig mit einem Passbild des Ausweisinhabers zu versehen. Sie können diesem Antrag daher bereits ein Passbild beilegen, wenn Sie erwarten, dass ein GdB von mindestens 50 festgestellt wird. Geben Sie bitte auf der Rückseite des Passbildes Ihren Vor- und Zunamen sowie Ihren Wohnort an.

Haben Sie selbst Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, EKG, Labor- oder Röntgenbefunde)? Dann fügen Sie diese bitte dem Antrag bei ! Dadurch können Sie zur Beschleunigung des Verfahrens beitragen.

Angaben zur Person:

Vor- und Zuname (ggf. auch Geburtsname):	Geburtsdatum:	☎ (tagsüber):
Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt -Anschrift-:		
Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Name, Anschrift und Telefonnummer des gesetzlichen Vertreters/Betreuers angeben. Im Falle einer Betreuung bitte Kopie der Bestellsurkunde beifügen.		

Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/>	
<p>Ausländerinnen/Ausländer und Staatenlose müssen eine amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltsgenehmigung oder eine beglaubigte Kopie bzw. Abschrift davon vorlegen. Ausreichend ist aber auch nachstehende -kostenfreie- Bestätigung der zuständigen Ausländerbehörde. Grenzarbeitnehmerinnen/Grenzarbeitnehmer müssen darüber hinaus eine Arbeitsbescheinigung ihres derzeitigen Arbeitgebers vorlegen.</p> <p>Diese Voraussetzungen gelten nicht für Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union.</p>	
Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik auf. Aufenthaltsgenehmigung/-gestattung wurde erteilt	Datum, Stempel, Unterschrift der Ausländerbehörde:
am <input type="text"/> gültig bis <input type="text"/>	
Aufenthaltsgenehmigung/-gestattung nicht erforderlich gem.	
Krankenversicherung -Bitte Namen und Anschrift angeben-:	
Rentenversicherung -Bitte Versicherungsnummer angeben-:	

Angaben zur Behinderung:	
Welche körperliche(n), geistige(n) und/oder seelische(n) Beeinträchtigung(en) machen Sie geltend ?	Bitte Ursachenschlüssel (s.u.) eintragen:
①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	

Ursachenschlüssel:

01 = Angeborene Behinderung	06 = Sonstiger oder nicht näher bezeichneter Unfall
02 = Arbeitsunfall (einschl. Wege- und Betriebswegeunfall), Berufskrankheit	07 = Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung
03 =	08 =
04 = Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall	09 = Sonstige Krankheit (einschl. Impfschaden), ohne Berufskrankheit
05 = Häuslicher Unfall, soweit nicht Arbeitsunfall	10 = Sonstige Ursache oder mehrere Ursachen

Sollen außer der(den) von Ihnen auf Seite 2 angegebenen Beeinträchtigung(en) weitere Gesundheitsstörungen, die evtl. im Rahmen der Sachverhaltsaufklärung festgestellt werden, in die Prüfung Ihres Antrages einbezogen werden ?

- Ich bitte um Berücksichtigung aller festgestellten Beeinträchtigungen.
 Es sollen nur die auf Seite 2 angegebenen Beeinträchtigungen berücksichtigt werden.

Liegt bereits eine Entscheidung zur Behinderung vor (z.B. von einer Berufsgenossenschaft, Entschädigungsbehörde etc.) oder ist über einen solchen Antrag noch zu entscheiden ?

- Nein Ja, von (Behörde/Dienststelle, Anschrift, Geschäftszeichen)

Hatten Sie früher bereits einen Antrag auf Feststellung des Grades der Behinderung gestellt ?

- Nein Ja, beim Versorgungsamt **Geschäftszeichen:**

Beziehen Sie eine der folgenden Leistungen oder haben/hatten Sie diese beantragt ?

- Leistungen einer Pflegekasse wegen **Schwerpflegebedürftigkeit** Nein Ja
- **Pflegegeld** nach dem Bundessozialhilfegesetz oder Landespflegegeldgesetz Nein Ja
- **Blindengeld** nach dem Landesblindengeldgesetz Nein Ja

Falls ja, Behörde/Dienststelle/Versicherung, Anschrift, Geschäftszeichen:

Wurden Sie wegen eines **Rentantrages** in den letzten 3 Jahren von einer Landesversicherungsanstalt, der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Knappschaft, landwirtschaftlichen Alterskasse etc. untersucht?

- Nein Ja, von (Behörde/Dienststelle, Anschrift, Geschäftszeichen)

Angaben zu ärztlichen Behandlungen in den letzten 3 Jahren:

Hausärztin/Hausarzt:

Name:	Seit:	☎:
Anschrift:		

Fachärztinnen/Fachärzte:

Falls weitere Facharztbehandlungen, bitte Angaben auf einem gesonderten Blatt !

Name:	Fachgebiet:					
Anschrift:						
Behandlung von	bis	wegen der auf Seite 2 angegebenen				
Beeinträchtigung(en) Nr. ① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>	④ <input type="checkbox"/>	⑤ <input type="checkbox"/>	⑥ <input type="checkbox"/>	(Bitte ankreuzen !)
Name:	Fachgebiet:					
Anschrift:						
Behandlung von	bis	wegen der auf Seite 2 angegebenen				
Beeinträchtigung(en) Nr. ① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>	④ <input type="checkbox"/>	⑤ <input type="checkbox"/>	⑥ <input type="checkbox"/>	(Bitte ankreuzen !)
Hat auch Ihre Hausärztin/Ihr Hausarzt diese Unterlagen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

Krankenhausbehandlungen, Kuren/Heilverfahren in den letzten 3 Jahren:

von - bis	Name/Anschrift	Abteilung/ Station	Wg. der auf Seite 2 ange- gebenen Beeinträchti- gung(en) Nr.
			① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/>
			① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/>
			① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/>
			① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/>

Hat auch Ihre Hausärztin/Ihr Hausarzt diese Unterlagen? Ja Nein

Kostenträger der Kur/des Heilverfahrens war:
Geschäftszeichen:

Wo könnten sich weitere ärztliche Unterlagen aus den letzten 3 Jahren über die auf Seite 2 angegebene Beeinträchtigungen befinden (z.B. Gesundheitsamt, Arbeitsamt, Werksarzt etc.) ?
 Beim **Geschäftszeichen:**

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass in diesem Verwaltungsverfahren die notwendigen Auskünfte bei den von mir benannten Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Krankenanstalten (auch privaten), gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden eingeholt werden können. Ich bin auch damit einverstanden, dass die dort geführten Unterlagen (z.B. Röntgenbilder, Krankenpapiere, Arztbriefe, etc.) im erforderlichen Umfang beigezogen werden.

Von dieser Einverständniserklärung **schließe ich ausdrücklich aus:**

- Bitte Arztin/Arzt, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen -

Ich stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren ausdrücklich zu und entbinde die beteiligten Personen und Stellen von ihrer Schweigepflicht.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Sozialdaten, die in diesem Verwaltungsverfahren bekannt geworden sind,

- erfasst und gespeichert werden (§ 67 c SGB X) und
- für eigene gesetzliche soziale Aufgaben, aber auch an andere Stellen im Sinne des § 35 SGB I (z.B. Krankenkasse, Arbeitsamt, Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgaben nach § 69 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X übermittelt werden dürfen, falls ich nicht ausdrücklich widerspreche.

(Ort, Datum)

(Unterschrift für die Einverständniserklärung)

(Ort, Datum)

(Unterschrift für den Antrag)

Folgende Unterlagen füge ich bei: Passbild Aktuelle ärztliche Unterlagen (siehe Seite 1)