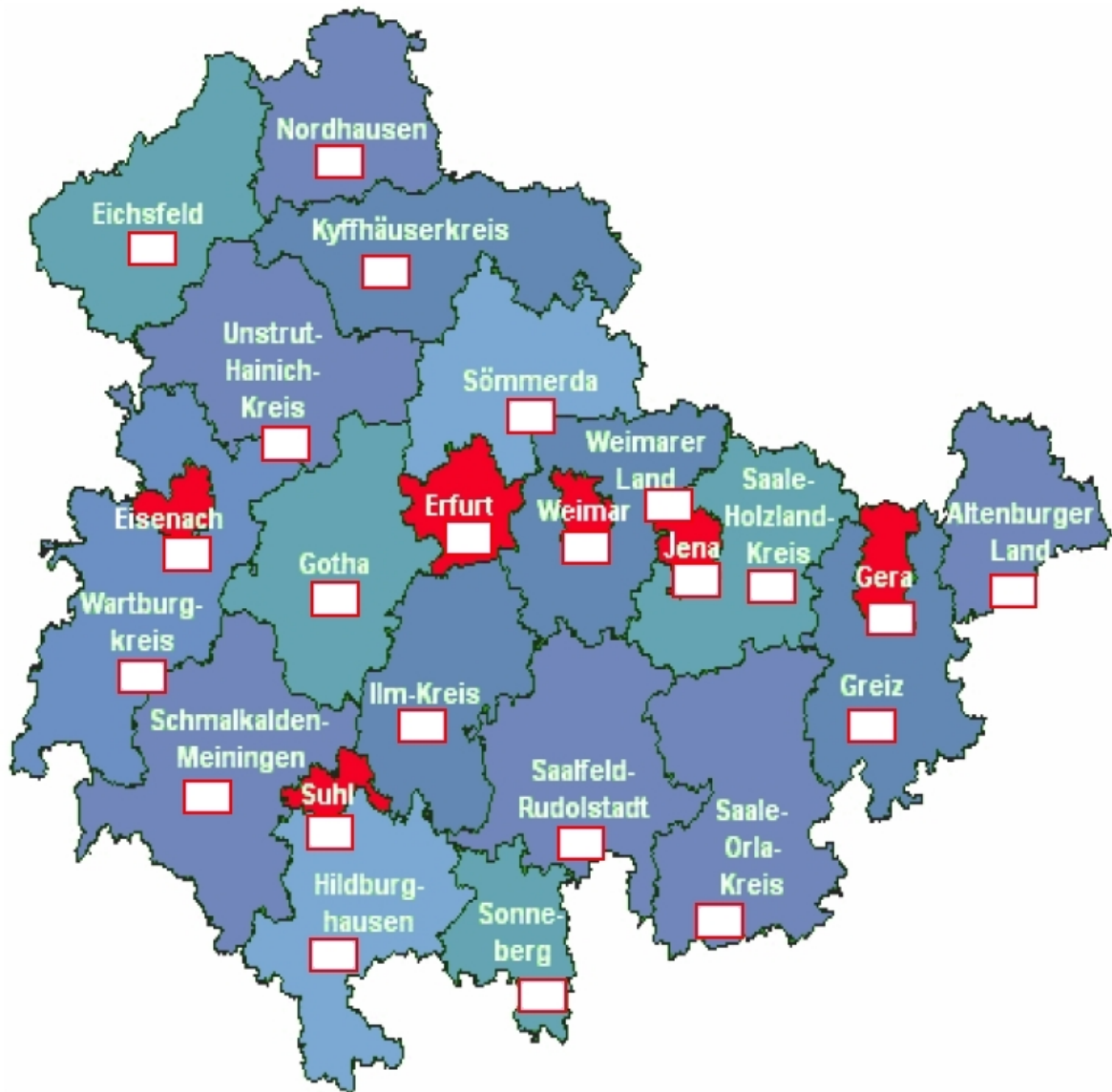


## Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht

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 um Antrag und vergessen Sie bitte nicht, den Antrag auf der **Seite 5** zu unterschreiben.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Stadtverwaltung / Ihr Landratsamt

An das Landratsamt / die kreisfreie Stadt

Bitte für amtliche Zwecke freihalten
Eingangsstempel

## Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gemäß § 69 Neuntem Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

– Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) und von Merkzeichen, Ausstellung eines Ausweises –

<b>1</b>	<input type="checkbox"/> <b>Erstantrag</b> Ich habe bisher keinen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt.		
	<input type="checkbox"/> <b>Änderungsantrag</b> Ich habe schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt bei: <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 70%;">Behörde</td><td style="width: 30%;">Aktenzeichen</td></tr></table>	Behörde	Aktenzeichen
	Behörde	Aktenzeichen	
Besitzen Sie von einem <b>anderen</b> Amt einen Schwerbehindertenausweis? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie beifügen			

<input type="checkbox"/> Dieser Antrag soll gleichzeitig als Antrag auf Bewilligung von Landesblindengeld nach dem Thüringer Blindengeldgesetz (ThürBlGG) gelten.
---

### Antragstellerin / Antragsteller

<b>2</b>	Nachname (ggf. Geburtsname), Vorname	Geburtsdatum	weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>
	Straße, Hausnummer	Telefon (tagsüber erreichbar)	Telefax	
	PLZ	derzeitiger Wohnsitz (bitte Ortsteil mit angeben)		

<b>3</b>	Sind Sie zur Zeit erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
----------	---

<b>4</b>	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)

<b>5</b>	Nachname, Vorname	
	Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)	Telefon (tagsüber erreichbar)
	<i>Fügen Sie bitte eine Vollmacht bzw. eine Betreuungsurkunde in Kopie bei!</i>	

### Feststellungsbeginn

<b>6</b>	Ich beantrage die Feststellung ab Antragseingang <input type="checkbox"/> rückwirkend ab <input type="checkbox"/> Datum
	Ich beantrage eine Rückwirkung wegen Steuer <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/>
	oder wegen

## Angaben zu den Gesundheitsstörungen

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

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

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

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

<b>10</b>	Insbesondere begehre ich die Feststellung folgender Merkzeichen:	
	<input type="checkbox"/> G	gehbehindert
	<input type="checkbox"/> aG	außergewöhnlich gehbehindert
	<input type="checkbox"/> B	zur Mitnahme einer Begleitperson berechtigt
	<input type="checkbox"/> H	hilflös
	<input type="checkbox"/> Bl	blind
	<input type="checkbox"/> Gl	gehörlos
	<input type="checkbox"/> RF	Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht
Hinweis: Falls Sie die Feststellung des Merkzeichens „RF“ begehren sollten, wird darauf hingewiesen, vorsorglich auch gleichzeitig mit dem Antrag nach dem SGB IX <b>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. Es kann auch aus dem Internet unter <a href="http://www.gez.de">www.gez.de</a> heruntergeladen werden. Den ausgefüllten Antrag übersenden Sie bitte an die GEZ.</b>		

## Folgende Funktionsbeeinträchtigungen sind vom Feststellungsverfahren auszuschließen:

<b>11</b>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	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**

<b>12</b>	Nachname, Vorname		
	Straße, Hausnummer		
	PLZ	Wohnort	Datum der letzten Behandlung

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

<b>13</b>	Behandlung von – bis	Name, Anschrift, Fachgebiete	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

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

<b>14</b>	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 zwei Jahren bzw. seit der letzten Feststellung**

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

**Krankenkasse**

<b>16</b>	Name der derzeitigen Krankenkasse	
	Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	

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

<b>17</b>	<b>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)?</b>			
	Behörde/Dienststelle			
	Genaue Anschrift			
	Geschäftszeichen		Versicherungsnummer	
	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?			
	Behörde/Dienststelle			
	Genaue Anschrift			
	Geschäftszeichen		Versicherungsnummer	
	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?			
	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

<b>Unterschrift</b> 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

<b>Unterschrift</b> des Antragstellers, gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten, Betreuers