

Absender/in
-------------

--

## Antrag auf Feststellung von Behinderung nach dem Schwerbehindertengesetz und auf Ausstellung eines Ausweises

**Hinweis:** Zur Feststellung einer Behinderung sowie dem Grad der Behinderung nach § 4 Schwerbehindertengesetz durch das Versorgungsamt sind die folgenden Fragen notwendig. Gemäß § 60 SGB I sind Sie zur Mitwirkung verpflichtet. Die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben müssen von Ihnen gemacht werden, zur erforderlichen Einkunftseinholung bei Dritten haben Sie Ihre Einwilligung zu geben. Wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann die Feststellung der Behinderung nach § 66 SGB I versagt werden. Sollte einer in § 65 SGB genannten Gründe vorliegen, besteht keine Mitwirkungspflicht. So können z.B. Angaben verweigert werden, die Sie der Gefahr aussetzen würden, wegen einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden. Zur Durchführung des Schwerbehindertengesetzes werden Ihre Daten mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert.

### 1. Antragsteller/in

Name		Ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort	
Geburtsdatum	Geburtsort			Staatsangehörigkeit	Telefon tagsüber

#### Bei Minderjährigen

Name, Vorname, Anschrift d. gesetzlichen Vertreter/s
--

#### Bei betreuten Volljährigen

Name, Anschrift d. Betreuers
------------------------------

### 2. Ergänzungen bei nichtdeutscher Staatsangehörigkeit (außer bei Kinder unter 16 Jahren aus EG- oder EFTA-Staaten oder Ecuador)

Dem Antrag liegen folgende Unterlagen bei

- ☐ eine amtliche Bescheinigung bzw. eine beglaubigte Kopie der Aufenthaltsgenehmigung/-gestattung  
☐ eine entsprechende Bescheinigung vom zuständigen Ausländeramt

Als Grenzarbeitnehmer/in lege ich folgende Unterlagen bei

- ☐ eine Bescheinigung des jetzigen Arbeitgebers und ggf. Arbeitserlaubnis  
☐ eine amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltsgenehmigung  
☐ Ausweis für den kleinen Grenzverkehr bzw. Grenzgängerkarte

### 3. Angaben über die Behinderungen

**Der Antrag nach dem Schwerbehindertengesetz (SchwbG) umfasst alle bestehenden Gesundheitsstörungen**

- ☐ ja      ☐ nein

(bitte im Antrag nur die zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen angeben. Es ist ratsam, den behandelnden Arzt über diesen Antrag zu informieren. Nicht festzustellende Behinderungen können bei der Einstufung des Grades der Behinderung nicht berücksichtigt werden)

Vorliegende körperliche, geistige oder seelische Behinderungen, die nach dem SchwbG berücksichtigt werden sollen.	Ursache (z.B. Verkehrsunfall, angeborene Behinderung, Kriegsbeschädigung...)

#### 4. Behandelnde Ärzte Hausarzt/-ärztin

Name			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

#### Weitere behandelnde Ärzte (auch Betriebsärzte)

Name			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Behandelte/n Behinderung/en			
Behandlungszeitraum (nur soweit innerhalb der letzten beiden Jahre)		Es erfolgte eine Überweisung durch den Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Name			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Behandelte/n Behinderung/en			
Behandlungszeitraum (nur soweit innerhalb der letzten beiden Jahre)		Es erfolgte eine Überweisung durch den Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Name			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Behandelte/n Behinderung/en			
Behandlungszeitraum (nur soweit innerhalb der letzten beiden Jahre)		Es erfolgte eine Überweisung durch den Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Name			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Behandelte/n Behinderung/en			
Behandlungszeitraum (nur soweit innerhalb der letzten beiden Jahre)		Es erfolgte eine Überweisung durch den Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

#### Krankenhausaufenthalt/e in den letzten beiden Jahren

Name, Anschrift, Abteilung, Station des Krankenhauses	behandelte Behinderung/en	Behandlungszeitraum

**Aufenthalte in Kuranstalten/Heilstätten während der letzten beiden Jahre**

Name, Anschrift der Einrichtung und des Kostenträgers (Krankenkasse, LVA oder BfA) und Versicherungsnummer	behandelte Behinderung/en	Behandlungszeitraum

**Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und des Grades der MdE bzw. der Behinderung**

Ein solches Verfahren

- ☐ wurde bisher noch nicht durchgeführt.  
☐ läuft momentan. Eine Entscheidung ist noch nicht bekannt.  
☐ wurde bereits durchgeführt. Entsprechende Nachweise liegen diesem Antrag bei.

Behinderung	Verwaltungsbehörde/Gericht	Geschäftszeichen des Falles

**Angaben zu Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente**

Beziehen Sie Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente

- ☐ nein      ☐ nein, das Antragsverfahren läuft momentan      ☐ ja

Name, Anschrift Sozialversicherungsträger	Versicherungsnummer
Begutachtende Stelle	Datum der Begutachtung

**Angaben über den Bezug von Pflegegeld**

Beziehen Sie Pflegegeld?

- ☐ nein      ☐ nein, das Antragsverfahren läuft momentan      ☐ ja

Name, Anschrift des Leistungsträgers	Geschäftszeichen
Name, Anschrift des Leistungsträgers	Geschäftszeichen
Name, Anschrift des Leistungsträgers	Geschäftszeichen

**Der beantragte Ausweis soll die Voraussetzungen nachweisen**

- ☐ ab Antragstellung      ☐ ab

Datum (TT.MM.JJJJ)

- ☐ Es wird kein Ausweis benötigt.

- ☐ Ich besitze keinen gültigen Schwerbehindertenausweis  
☐ Ich habe einen gleichartigen Antrag gestellt bei

Ich bin damit einverstanden, dass das Versorgungsamt in diesem Verwaltungsverfahren und sich eventuell anschließender Vorverfahren wegen der Behinderung/en bei den oben aufgeführten Sozialversicherungsträgern, begutachtenden Stellen, Pflegekassen, Krankenkassen oder ähnlichen die Aktenvorgänge, Untersuchungsunterlagen und MDK-Gutachten einsieht.

Die beteiligten Ärzte entbinde ich soweit ausdrücklich von der Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift	Anlagen
---------------------	---------