

# Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht

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

Stadtverwaltung Erfurt  
Amt für Soziales und Gesundheit  
Juri-Gagarin-Ring 150  
99084 Erfurt

Eingangsstempel der zuständigen Behörde

**1**

**Erstantrag** Ich habe bisher keinen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt.

**Änderungsantrag** Ich habe schon einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt bei:

	Behörde	Aktenzeichen

Besitzen Sie von einem **anderen** Amt einen Schwerbehindertenausweis?

Nein.  Ja. Fügen Sie bitte eine Kopie bei.

Dieser Antrag soll gleichzeitig als Antrag auf Bewilligung von Landesblindengeld nach dem Thüringer Blindengeldgesetz (ThürBlGG) gelten.

## 2 Antragsteller/in

Nachname (ggf. Geburtsname), Vorname

Geburtsdatum

derzeitige Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Geschlecht

männlich  weiblich

E-Mail-Adresse

Telefon-Nr. (tagsüber erreichbar)

Telefax-Nr.

## 3 Sind Sie zur Zeit erwerbstätig?

Nein.  Ja.

## 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.

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

Nachname, Vorname

Telefon-Nr. (tagsüber erreichbar)

derzeitiger Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

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

## 6 Feststellungsbeginn

Ich beantrage die Feststellung  ab Antragseingang  rückwirkend ab \_\_\_\_\_

Ich beantrage eine Rückwirkung wegen  Steuer  Rente  
oder wegen \_\_\_\_\_

## 7 Angaben zu den Gesundheitsstörungen

Welche Gesundheitsstörungen werden erstmalig als Behinderungen geltend gemacht?

Welche Gesundheitsstörungen sind seit der letzten Feststellung hinzugetreten?

**Geben Sie bitte nur Gesundheitsstörungen an, die zu dauernden Funktionsbeeinträchtigungen führen.**

Bezeichnung der Funktionsbeeinträchtigung	Ursachenschlüssel	Geben Sie bitte zu jeder Beeinträchtigung den jeweiligen Ursachenschlüssel ein!
a)		01 angeborene Behinderung
b)		02 Arbeitsunfall, einschl. 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-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung
		09 sonstige Krankheiten einschließlich Impfschäden ohne Berufskrankheit
		10 sonst. oder mehrere Ursachen

## 8

Folgende bereits festgestellte Behinderungen haben sich seit der letzten Feststellung wesentlich verschlimmert:

**Wurde bereits von anderen Behörden eine Feststellung getroffen? Bitte Bescheidkopie beifügen.**

## 9 Leistungen nach anderen Gesetzen

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

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

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	hilflos
<input type="checkbox"/> BI	blind
<input type="checkbox"/> GI	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 **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. Er kann auch aus dem Internet unter [www.gez.de](http://www.gez.de) heruntergeladen werden. Den ausgefüllten Antrag übersenden Sie bitte an die GEZ.**

**11 Folgende Funktionsbeeinträchtigungen sind vom Feststellungsverfahren auszuschließen:**

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 Funktionsbeeinträchtigten angefordert werden können. Mit der Erklärung zu Nr. 18 entbinden Sie die Ärzte ihrer Schweigepflicht.**

**12 Hausarzt**

Nachname , Vorname

Datum der letzten Behandlung

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

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

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

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

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

**15 Reha- bzw. Kurbehandlung in den letzten zwei Jahren bzw. seit der letzten Feststellung**

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

**16 Krankenkasse**

Name und Anschrift der derzeitigen Krankenkasse

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

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, Agentur für Arbeit, Sonderschulen usw.)?

Behörde/Dienststelle - genaue Anschrift -	Geschäftszeichen, Versicherungsnummer	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

**Bitte senden Sie auch Unterlagen ein, die sich in Ihren Händen befinden. Sie tragen damit zu einer Verkürzung der Bearbeitungsdauer bei.** (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.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers, gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten, Betreuers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**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, Sozialeinrichtungsträgern 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:

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers, gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten, Betreuers

\_\_\_\_\_  
Datum