1 **An die für das Feststellungsverfahren nach Schwerbehindertenrecht zuständige Stelle**

Kreis/kreisfreie Stadt		Eingangsstempel
Geschäfts-/Aktenzeichen		

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen bzw. streichen

☐ **Erstantrag**

☐ **Änderungsantrag**

nach § 152 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)
- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen -
- Schwerbehindertenrecht -

☐ zur Feststellung eines - höheren - Grades der Behinderung (GdB),

☐ zur Feststellung - weiterer - gesundheitlicher Merkmale *(siehe Seite 5, Ziffer 10.1)*

☐ sowie zur Ausstellung eines - neuen - Ausweises*
** Für die bloße Verlängerung der Gültigkeitsdauer eines Ausweises ist dieser Antrag nicht erforderlich.*

Haben Sie bereits früher einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt?

☐ Ja	bei folgender Stelle	dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen	☐ Nein

2 **Angaben zur Person, zu gesetzlichen Vertretern, Betreuern und Bevollmächtigten**

Name der antragstellenden Person	Vorname	Geburtsname
geboren am	Geburtsort	Geburtsstaat
Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	Staatsangehörigkeit *(siehe Seite 6)*	*Für Staatsangehörige eines Nicht-EU-Mitgliedsstaates: Bitte Kopie des Aufenthaltstitels beifügen.*
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	*Bei Wohnsitz im Ausland und Arbeitsplatz in Deutschland: Bitte Bescheinigung des jetzigen Arbeitgebers beifügen.*
Telefonnummer *(Angabe freiwillig)*	Sind Sie erwerbstätig? *(siehe Seite 6)*	☐ Ja ☐ Nein

Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig) der antragstellenden Person *(siehe Seite 6)*

☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐

Die Angabe der eigenen persönlichen Steuer-ID ist zwingend erforderlich, um zukünftig einen Behindertenpauschbetrag bei der steuerlichen Veranlagung geltend machen zu können. Dies gilt auch für Minderjährige.

minderjährige Antragstellende unter 15 Jahren

Name des 1. Elternteils	Vorname des 1. Elternteils	Sorgerecht? ☐ Ja
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefonnummer *(Angabe freiwillig)*
Name des 2. Elternteils	Vorname des 2. Elternteils	Sorgerecht? ☐ Ja
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefonnummer *(Angabe freiwillig)*

andere gesetzliche Vertretung, Bevollmächtigung
(Bitte Vollmacht bzw. Kopie der Bestellungsurkunde oder des Betreuungsausweises beifügen)

Name	Vorname	Telefonnummer *(Angabe freiwillig)*
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

W I C H T I G E H I N W E I S E

Um sachgerecht über diesen Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Bitte füllen Sie den Antragsvordruck sorgfältig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift - aus. Beachten Sie hierbei bitte auch die Erläuterungen ab der 6. Seite dieses Vordrucks und vergessen Sie nicht, die **Erklärungen unter Ziffer 11** auf der 5. Seite des Antrages

zu unterschreiben (✍).

Wenn sich Unterlagen über Ihren Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflege- und Betreuungsgutachten, EKG-, Labor- und Röntgenbefunde -keine Röntgenbilder-) in Ihrem Besitz befinden, die nicht älter als 2 Jahre sind, reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Antrag ein. Falls oder soweit Sie keine Unterlagen beifügen, werden diese entsprechend Ihrer Einverständniserklärung am Ende des Antragsvordrucks von den von Ihnen benannten Stellen und Personen beigezogen.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Soweit Sie vom Angebot der Datenbeschaffung durch die zuständige Stelle Gebrauch machen, ist Rechtsgrundlage hierfür Ihre Einwilligung am Ende dieses Antragsvordrucks. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt gemäß § 67b SGB X.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die Feststellung nach dem SGB IX ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind.

3 Angaben zu einer anderweitigen Feststellung

3.1 Haben Sie bereits eine Feststellung über die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. den Grad der Schädigungsfolgen (GdS) erhalten von oder einen Antrag auf Feststellung gestellt bei

einer Berufsgenossenschaft (z.B. wegen eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit)?	☐ Ja	☐ Nein
einem Versorgungsamt, einem Landschaftsverband oder einer Behörde der Bundeswehrverwaltung (z.B. wegen einer Schädigung als Soldat oder Gewaltopfer)?	☐ Ja	☐ Nein
einer anderen Dienststelle (z.B. Landesamt, Wehrbereichs-gebührnisamt)?	☐ Ja	☐ Nein

Wenn Sie eine dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, legen Sie bitte den **Bescheid in Kopie** bei oder teilen Sie die zuständige Stelle mit, damit von dort die Unterlagen angefordert werden können.

zuständige Stelle	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen	**ggf. Datum des Bescheides**	**ggf. Tag der Schädigung/des Unfalls**

3.2 Möchten Sie über die vorgenannte anderweitige Feststellung (Ziffer 3.1) hinaus weitere Gesundheitsstörungen oder eine Verschlimmerung bereits festgestellter Beeinträchtigungen geltend machen?

☐ Ja *- Bitte weiter mit Nr. 4 ff -* ☐ Nein *- Bitte weiter mit Nr. 10 ff -*

4 Angaben zu Ihrer Krankenkasse

Diese Angaben sind für die Anforderung von Befundberichten von den von Ihnen nachfolgend angegebenen Ärzten erforderlich.

Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

5 Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen

*Lesen Sie bitte hierzu vorher die **Erläuterungen zu 5 auf Seite 6**.*

Führen Sie bitte hier die Gesundheitsstörungen (z.B. Wirbelsäulenleiden, Bluthochdruck) auf, die – neu – als Beeinträchtigungen festgestellt werden sollen oder sich verschlimmert haben. Es reicht nicht aus, auf beim Arzt anzufordernde Unterlagen zu verweisen.

	Gesundheitsstörungen	Ursache (Ziffer)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Mögliche Ursachen

01 angeboren	06 sonstiger Unfall
02 Arbeitsunfall (einschl. Wegeunfall) / Berufskrankheit	07 Kriegs-, Wehr-, Zivildienstbeschädigung; Gewalttat i.S.d. OEG
03 Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall	09 sonstige Krankheit (auch Impfschaden ohne Berufskrankheit)
04 häuslicher Unfall	10 sonstige Ursache oder mehrere Ursachen

6 Angaben zu Ihren ärztlichen Behandlungen zu 5 (in den letzten 2 Jahren)

6.1 Hausarzt

Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Wenn Unterlagen eines Facharztes/einer Klinik bei Ihrem Hausarzt vorliegen, kreuzen Sie bitte unten jeweils „Ja“ an.

6.2 Fachärzte

H I N W E I S

Sie können die Dauer des Verfahrens beeinflussen. Fragen Sie bitte bei Ihrem Hausarzt nach, von welchen nachstehenden Fachärzten aktuelle Berichte (nicht älter als 2 Jahre) vorliegen und bitten Sie Ihren Hausarzt darum, diese Unterlagen auf Anfrage der zuständigen Stelle mit einzusenden.
Berichte von Augen- und HNO-Ärzten werden der zuständigen Stelle gesondert angefordert.

Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Unterlagen beim Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein
Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Unterlagen beim Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein
Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Unterlagen beim Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein
Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Unterlagen beim Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein

Für weitere Fachärzte bitte gesondertes Blatt beifügen.

7 Angaben zu Ihren Krankenhausbehandlungen zu 5 (in den letzten 2 Jahren)

Name der Klinik		Fachgebiet
Abteilung / Station	Behandlung (von - bis)	☐ ambulant ☐ stationär
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Unterlagen beim Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein
Name der Klinik		Fachgebiet
Abteilung / Station	Behandlung (von - bis)	☐ ambulant ☐ stationär
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Unterlagen beim Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein

8 Angaben zu Rehabilitationsverfahren/Kuren zu 5 (in den letzten 2 Jahren)

Name der Klinik		Fachgebiet
Abteilung / Station	Behandlung (von - bis)	☐ ambulant ☐ stationär
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Unterlagen beim Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein
Name des Kostenträgers		Mitglieds-/Versicherungs-Nr.
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen

9 Sonstige Angaben zu Ihren unter 5 aufgeführten Gesundheitsstörungen

Pflegekasse		Ich erhalte Leistungen. ☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt
dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen	Pflegegrad	Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
Landschaftsverband (Blindengeld, Hilfe für Gehörlose)		Ich erhalte Leistungen. ☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt
dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
Gericht (u.a. Betreuungsgutachten)		Ein Gutachten liegt vor. ☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt
dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
Agentur für Arbeit		Ein Gutachten liegt vor. ☐ Ja ☐ Nein
dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
Gesundheitsamt		Ein Gutachten liegt vor. ☐ Ja ☐ Nein
dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
Rentenversicherungsträger		Ein Gutachten liegt vor. ☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt
dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung

Sofern Ihnen die hier angegebenen Gutachten selbst vorliegen, fügen Sie diese bitte in Kopie Ihrem Antrag bei. Hierdurch kann das Verfahren beschleunigt werden.

10	**Angaben zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen und zur Ausstellung eines Ausweises**
10.1	Ich beantrage die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für folgende Merkzeichen: (Bitte beachten Sie die Erläuterungen unter 10.1 auf Seite 7 und kreuzen Sie gegebenenfalls an.) ☐ **G** ☐ **aG** ☐ **B** ☐ **RF** ☐ **TBl** ☐ **H** ☐ **1.Kl** ☐ **Bl** ☐ **Gl**
10.2	Ich benötige einen Schwerbehinderten-Ausweis. ☐ Ja ☐ Nein
10.3	Rückwirkende Feststellung

H I N W E I S

Das Finanzamt gewährt den Pauschbetrag nach dem Einkommensteuergesetz (EStG) bereits für das Jahr der Antragstellung, wenn die Voraussetzungen an mindestens einem Tag im Kalenderjahr vorgelegen haben. Die Feststellung ist ab dem Tag des Antragseingangs gültig. Wenn Sie ein **besonderes Interesse** (z.B. Steuer/ Rente) glaubhaft machen, kann auch ein früherer Gültigkeits-Zeitpunkt bescheinigt werden.

☐ Ich beantrage eine rückwirkende Feststellung ab dem	Datum

wegen ☐ Steuer ☐ Rente ☐ _____

11	**Erklärungen**

Schweigepflichtentbindung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigefügten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem SGB IX nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die zuständige Stelle in diesem Verwaltungsverfahren und in einem eventuell sich anschließenden Vorverfahren von den genannten Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, Krankenanstalten/ Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt, Sanatorium), Trägern der Sozialversicherung, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Behörden, Gerichten sowie von den sonstigen von mir benannten Stellen (s. Ziffer 9 des Antragsvordruckes) Auskünfte einholt und Unterlagen beizieht in dem Umfang, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geben können. Mein Einverständnis gilt auch für Unterlagen, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Die beteiligten Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Auskünfte und Unterlagen in den Verfahren verwendet werden.

Diese Einverständniserklärung schränke ich wie folgt ein:

_____

_____

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Stelle mit diesem Verfahren nach dem SGB IX zugänglich gemacht worden sind, auch

- beauftragten Gutachtern zur medizinischen Beurteilung,
- anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben sowie
- den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit

übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr.1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).

Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann.

Mit der dauerhaften **Speicherung meines Lichtbildes** bin ich einverstanden.	☐ Ja	☐ Nein
Mit der **Weitergabe meines Lichtbildes** –einschl. der erforderlichen Daten– zur Ausweisausstellung an den externen Druckdienstleister bin ich einverstanden.	☐ Ja	☐ Nein
Mit der **Übermittlung der** zur Inanspruchnahme des Behinderten-pauschbetrages **erforderlichen Daten an die Finanzverwaltung** bin ich einverstanden.	☐ Ja	☐ Nein

Unterschrift

der antragstellenden Person, des gesetzlichen Vertreters, des Betreuers oder des Inhabers einer entsprechenden Vollmacht (Vorsorgevollmacht)

Datum	Unterschrift

Bei Minderjährigen unter 15 Jahren bitte Unterschriften <u>aller</u> sorgeberechtigten Personen!

Datum	Unterschrift

12	**Anlagen zum Antrag**

☐ aktuelles Lichtbild (mit meinem Namen auf der Rückseite)
-nur erforderlich ab Vollendung des 10. Lebensjahres für die Ausstellung eines Ausweises-

☐ aktueller Aufenthaltstitel ☐ Ergänzungsbogen/weitere Unterlagen

E R L Ä U T E R U N G E N
zum Ausfüllen des Antragsvordrucks SB 5/26a 00/2022

Sollten Sie Fragen zum Antrag haben, wenden Sie sich bitte persönlich oder telefonisch während der Sprechstunden oder nach vorheriger Vereinbarung an die für Sie zuständige Stelle.

Sofern der im Antragsvordruck vorgesehene Raum nicht ausreicht, führen Sie bitte Ihre Angaben auf einem gesonderten Blatt fort.

Für die bloße Verlängerung der Gültigkeitsdauer eines Ausweises ist dieser Antrag nicht erforderlich.

zu 1	Tragen Sie hier bitte die für Ihren Wohnort oder Aufenthaltsort zuständige Stelle ein. Anschriften und Zuständigkeitsbereiche finden Sie auf dem Einlegeblatt.
zu 2	Bei ausländischen oder staatenlosen Menschen benötigen wir zum Nachweis des rechtmäßigen Aufenthalts eine Bescheinigung der zuständigen Ausländerbehörde oder eine beglaubigte Kopie des Passes; bei Kindern unter 16 Jahren die genannten Unterlagen eines Erziehungsberechtigten. Nach der **Erwerbstätigkeit** wird gefragt, weil für erwerbstätige antragstellende Personen, deren Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch noch nicht festgestellt ist, besondere Regelungen zum Kündigungsschutz und zum Verfahren gelten. Erwerbstätig in diesem Sinne sind Sie, wenn Sie abhängig beschäftigt sind, selbständig Tätige gehören nicht dazu. Den besonderen Kündigungsschutz am Arbeitsplatz haben Sie, wenn Sie im Zeitpunkt der Kündigung die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch nachweisen können oder Ihre Schwerbehinderung offensichtlich ist. Dies gilt nicht, wenn wegen Ihrer fehlenden Mitwirkung über den Antrag noch nicht entschieden werden konnte. Ihre Mitwirkungspflicht haben Sie in der Regel erfüllt, wenn Sie einen ausgefüllten und unterschriebenen Antragsvordruck vorlegen, mit dem Sie hinsichtlich der beigefügten oder noch beizuziehenden Unterlagen die angegebenen Ärzte und Dritte von der Schweigepflicht entbinden. Um die Zeit zwischen der Antragstellung und Bescheiderteilung zu verkürzen, in der Sie und Ihr Arbeitgeber nicht wissen, ob Ihnen die Rechte und Nachteilsausgleiche als schwerbehinderter Mensch zustehen, hat der Gesetzgeber sowohl für die Fertigung des ärztlichen Gutachtens als auch für die Erteilung des Bescheides verkürzte Bearbeitungsfristen vorgeschrieben. Falls Sie an Ihrem Arbeitsplatz akut von Kündigung bedroht sind und den besonderen Kündigungsschutz nach dem SGB IX in Anspruch nehmen wollen, wird dringend empfohlen, sich telefonisch mit der für Sie zuständigen Stelle in Verbindung zu setzen, um Möglichkeiten, das Verfahren zu beschleunigen, wahrnehmen zu können. Nach dem Gesetz zur Modernisierung des Besteuerungsverfahrens vom 18.07.2016 sollen Daten für die Inanspruchnahme des Behinderten-Pauschbetrages (Höhe des GdB, Merkzeichen, etc.) zukünftig ausschließlich elektronisch an die Finanzverwaltung übermittelt werden. Hierfür ist die Angabe der persönlichen 11-stelligen Steuer-Identifikationsnummer notwendig. Die Steuer-ID (erhalten auch Jugendliche und Kinder), die Ihnen schriftlich vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilt wurde, ist personenbezogen und gilt ein Leben lang. Sie ist nicht zu verwechseln mit der Steuernummer beim jeweiligen Finanzamt oder der eTIN, die in der Lohnsteuerbescheinigung angegeben wird. Nach Einführung der elektronischen Datenübermittlung haben Sie keine Möglichkeit mehr, beim Finanzamt selbst den Nachweis durch Vorlage des Schwerbehindertenausweises oder einer Bescheinigung zu erbringen. Um weiterhin den Behinderten-Pauschbetrag nach § 33b Abs. 1 bis 3 EStG geltend machen zu können, **müssen Sie zwingend Ihre persönliche Steuer-Identifikationsnummer (bzw. die der antragstellenden Person) angeben**!
zu 3	Wenn bereits eine andere Stelle eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder einen Grad der Schädigungsfolgen (GdS) festgesetzt hat, kann diese für die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) übernommen werden. Falls Sie dies wünschen, brauchen weitere Einzelheiten zu Ihrem Gesundheitszustand nicht aufgeklärt zu werden, Sie können dann gleich zu den Angaben unter Nr. 10 übergehen. Wenn Sie aber möchten, dass Gesundheitsstörungen festgestellt werden, die von der anderen Stelle bisher nicht berücksichtigt wurden, machen Sie bitte weitere Angaben ab der Nr. 4.
zu 5	Geben Sie bitte hier alle Gesundheitsstörungen an, die als Behinderung festgestellt werden sollen. Dabei kommt es nicht darauf an, dass Sie die Gesundheitsstörungen mit den genauen medizinischen Fachausdrücken bezeichnen. Es reicht aus, wenn Sie in die vorgegebenen Zeilen zum Beispiel „Bluthochdruck“, „Wirbelsäulenerkrankung“ oder „Herzerkrankung“ eintragen. Hierbei wird in Ihrem Interesse von der Vermutung ausgegangen, dass alle bei Ihnen vorliegenden Gesundheitsstörungen als Behinderung festgestellt werden sollen. Es werden daher bei von Ihnen unter 6 bis 9 im Vordruck benannten Ärzten, Krankenhäusern, Kliniken, Leistungsträgern und Stellen Ihre gesamten derzeitigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfragt, um den höchstmöglichen Grad der Behinderung bzw. die maximale Anzahl an Merkzeichen zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen feststellen zu können. **Es steht Ihnen jedoch völlig frei zu entscheiden, dass bestimmte Gesundheitsstörungen auf keinen Fall als Behinderung festgestellt werden. Eine solche Beschränkung des Antrages nehmen Sie bitte formlos auf einem gesonderten Blatt vor.** Bedenken Sie hierbei bitte, dass die nicht als Behinderung festzustellenden Gesundheitsstörungen auch bei der Bewertung des Grades der Behinderung (GdB) außer Acht gelassen werden müssen.

Bitte trennen Sie das folgende Blatt (Seiten 7 und 8) ab und nehmen Sie es zu Ihren Unterlagen, damit Sie die Informationen zum Verfahrensablauf greifbar haben.

zu 6

Tragen Sie bitte nur die Ärzte ein, die Ihre unter Nummer 5 genannten Gesundheitsstörungen in den letzten 2 Jahren behandelt haben. Sollten mehrere als Hausärzte zu benennen sein, geben Sie dies bitte im Feld „Fachgebiet“ mit der Eintragung „Hausarzt“ an.
Die genaue Angabe der Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte ist besonders wichtig. Sie vermeiden damit Rückfragen und andere Verzögerungen in der Bearbeitung Ihres Antrages.

Beispiel:

Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Dr. Inge Heilsam	*Musterstraße 55*	*99999 Musterdorf*
Fachgebiet	**letzte Behandlung (Monat/Jahr)**	**Unterlagen beim Hausarzt?**
Orthopädie	*11/2021*	☐ Ja ☒ Nein

zu 7

Neben der genauen Bezeichnung des Krankenhauses und seiner vollständigen Anschrift ist es wichtig, auch die Abteilung bzw. Station anzugeben, auf der Sie behandelt wurden. Bitte geben Sie auch den Zeitraum der Behandlung an. Kreuzen Sie bitte auch an, ob Sie ambulant oder stationär behandelt werden mussten.

zu 8

Geben Sie hier bitte auch den Namen und die Anschrift des Leistungsträgers an, der die Kosten des Rehabilitationsverfahrens/der Kur getragen hat (Kostenträger), da häufig die Unterlagen nur von dort zu erhalten sind.

zu 10.1

Wenn Sie der Auffassung sind, dass gesundheitliche Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen bei Ihnen vorliegen, kreuzen Sie bitte jeweils das entsprechende Kästchen an.

Erläuterungen zu den Merkzeichen:

G — **erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr**
Das Merkzeichen G steht Menschen zu, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind und dadurch Wegstrecken nur mit Schwierigkeiten bewältigen können. Die Bewegungsfähigkeit kann durch ein eingeschränktes Gehvermögen (auch durch innere Leiden), infolge von Anfällen oder eine gestörte Orientierungsfähigkeit beeinträchtigt sein.

aG — **außergewöhnliche Gehbehinderung**
Das Merkzeichen aG steht Menschen zu, die sich wegen der Schwere ihrer Beeinträchtigungen nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Die Teilhabebeeinträchtigung, die die Gehfähigkeit in diesem Ausmaß einschränkt muss einen GdB von mindestens 80 bedingen. Zu den außergewöhnlich Gehbehinderten zählen insbesondere Menschen, die dauerhaft, auch für sehr kurze Entfernungen, zwingend auf einen Rollstuhl angewiesen sind.

B — **Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson**
Das Merkzeichen B steht Menschen zu, die wegen ihrer Behinderung öffentliche Verkehrsmittel regelmäßig nur mit fremder Hilfe benutzen können

RF — **Ermäßigung des Rundfunkbeitrages**
Aus gesundheitlichen Gründen erhalten folgende Menschen eine Ermäßigung des Rundfunkbeitrages:
- Blinde oder nicht nur vorübergehend wesentlich Sehbehinderte mit einem GdB von wenigstens 60 allein wegen der Sehbehinderung.
- Hörgeschädigte, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist.

Eine Ermäßigung des Rundfunkbeitrages erhalten auch die schwerbehinderten Menschen mit einem GdB von wenigstens 80, die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können. Diese behinderten Menschen müssen allgemein von öffentlichen Zusammenkünften ausgeschlossen sein. Es genügt nicht, dass sich die Teilnahme an einzelnen, nur gelegentlich stattfindenden Veranstaltungen -bestimmter Art- verbietet.

TBl — **Taubblind**
Das Merkzeichen TBl steht Menschen zu, denen wegen ihrer Hörbehinderung ein einzelner Grad der Behinderung von mindestens 70 und wegen ihrer Sehbehinderung ein einzelner Grad der Behinderung von 100 zuerkannt ist.

H — **Hilflosigkeit**
Hilflos ist ein Mensch, wenn er für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf.

1.Kl — **Notwendigkeit für die Benutzung der 1. Wagenklasse**
Die Voraussetzungen für die Benutzung der 1. Klasse mit dem Fahrausweis der 2. Klasse erfüllen ausschließlich Kriegsbeschädigte und Verfolgte im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes mit einem Grad der Schädigungsfolgen um wenigstens 70, wenn der auf den anerkannten Schädigungsfolgen beruhende körperliche Zustand bei Bahnfahrten ständig die Unterbringung in der 1. Klasse erfordert.

Bl — **Blindheit**
Menschen sind blind, wenn ihnen das Augenlicht vollständig fehlt. Als blind gelten auch Menschen, die auf dem besseren Auge eine Sehschärfe von nicht mehr als 1/50 haben oder bei denen so schwerwiegende andere Störungen des Sehvermögens vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichzustellen sind.

Gl — **Gehörlosigkeit**
Gehörlos ist ein Mensch, bei dem Taubheit beiderseits oder eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit beiderseits, verbunden mit schweren Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz) vorliegt. In der Regel zählen hierzu hörbehinderte Menschen, bei denen die an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit angeboren oder in der Kindheit erworben ist.

zu 10.3	Bitte beachten Sie, dass der Pauschbetrag vom Finanzamt bereits für das Jahr der Antragstellung gewährt wird, auch wenn die Voraussetzungen nur an mindestens einem Tag im Jahr vorgelegen haben. Sofern Sie jedoch ein besonderes Interesse (z.B. steuerliche Gründe) an der Feststellung haben, dass Schwerbehinderung, Grad der Behinderung oder gesundheitliche Merkmale schon vor der Antragstellung vorgelegen haben, tragen Sie bitte das entsprechende Datum ein und geben Sie den Grund an. Die erhöhten Pauschbeträge nach dem Behindertenpauschbetragsgesetz werden frühestens ab dem Veranlagungszeitraum 2021 gewährt.
zu 11	**Bitte unterschreiben Sie** **die Schweigepflichtentbindung und die Erklärungen an der angegebenen Stelle (✍).** Bitte lesen Sie die Erklärungen zuvor sorgfältig durch. Die **Schweigepflichtentbindung** ist ausschließlich von der antragstellenden Person oder dem gesetzlichen Vertreter oder gerichtlich bestellten Betreuer oder dem Inhaber einer dementsprechenden Vollmacht (Vorsorgevollmacht) zu unterschreiben. Bei Minderjährigen unter 15 Jahren sind die Unterschriften aller sorgeberechtigten Personen erforderlich. Ohne unterschriebene Schweigepflichtentbindung dürfen keine ärztlichen Befunde beigezogen und ausgewertet werden, so dass Ihr Antrag nicht bearbeitet werden kann. Die **Speicherung des Lichtbildes** und die **Weitergabe des Lichtbildes** (einschl. der erforderlichen Daten) an den externen Druckdienstleister sind für die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises zwingend erforderlich. Bitte kreuzen Sie daher „Ja“ an, sofern Sie die Ausstellung eines Ausweises möchten. Zur Inanspruchnahme des Behindertenpauschbetrages bei der steuerlichen Veranlagung ist zukünftig die **Übermittlung der erforderlichen Daten an die Finanzverwaltung** zwingend erforderlich. Bitte kreuzen Sie daher „Ja“ an, sofern Sie einen Behindertenpauschbetrag gegenüber dem Finanzamt geltend machen möchten.
	Informationen zum Verfahrensablauf Wenn dieser ausgefüllte und unterschriebene Antragsvordruck der zuständigen Stelle vorliegt und die eventuell von Ihnen beigefügten Unterlagen für eine Feststellung nicht ausreichen, werden von Ihnen benannte Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Stellen (z. B. Rentenversicherungsträger, Gesundheitsamt, Pflegekasse, Gericht) angeschrieben. Diese werden gebeten, medizinische Unterlagen über die bei Ihnen vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu übersenden. Kosten entstehen Ihnen dadurch nicht. Falls Sie Unterlagen selbst besorgen, können Aufwendungen hierfür (zum Beispiel Porto, Kosten für Atteste oder Gutachten) allerdings im Feststellungsverfahren nicht erstattet werden. Sobald die notwendigen medizinischen Unterlagen vorliegen, werden sie unter ärztlicher Beteiligung ausgewertet. Falls die Unterlagen zur Feststellung des Grades der Behinderung und/oder der Merkzeichen ausnahmsweise nicht ausreichen und eine ärztliche Untersuchung erforderlich ist, werden Sie noch besonders benachrichtigt. Unter Berücksichtigung der medizinisch-gutachtlichen Prüfung wird dann von der zuständigen Stelle der Feststellungsbescheid erteilt. Falls die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch festgestellt wird, erhalten Sie anschließend den Schwerbehindertenausweis, sofern bereits ein Lichtbild vorliegt. Die zuständige Stelle ist bemüht, über Ihren Antrag alsbald zu entscheiden. Sie wird zwar die angeschriebenen Ärzte und Stellen bitten, die Anfragen beschleunigt zu beantworten und auch gegebenenfalls mehrfach erinnern. Es lässt sich aber nicht erzwingen, dass alle erforderlichen Unterlagen ohne Verzögerung übersandt werden. Erfahrungsgemäß nehmen die Ermittlungen deshalb einige Wochen in Anspruch. Bitte bedenken Sie dies, wenn Sie sich nach dem Stand der Angelegenheit erkundigen möchten.
	Online-Services Sobald Ihr Antrag bei der zuständigen Stelle eingegangen ist, werden Sie hierüber schriftlich informiert. Mit dieser Eingangsbestätigung erhalten Sie auch die notwendigen Zugangsdaten, um • Ihr Lichtbild elektronisch zu übermitteln • Ihren Verfahrensstand online abzufragen Bitte folgen Sie den Hinweisen in der Eingangsbestätigung und auf der Internetseite, bei Fragen steht Ihnen die für den Antrag zuständige Stelle unter den in der Eingangsbestätigung mitgeteilten Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung.