Sie haben die Möglichkeit, diesen Antrag online zu stellen unter **www.schwerbehindertenantrag.bayern.de**

ZBFS

Zentrum Bayern Familie und Soziales

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Antrag

Zutreffendes bitte ankreuzen [X] oder ausfüllen

☐ **auf Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von wenigstens** _____

☐ **auf Feststellung des Merkzeichens**

☐ G	☐ B	☐ aG	☐ H	☐ RF	☐ Bl	☐ Gl
(erheblich gehbehindert)	(Begleitperson bei Benutzung öffentl. Verkehrsmittel erforderlich)	(außergewöhnlich gehbehindert z. B. bei Rollstuhlbenutzung)	(hilflos)	(erheblich hör- oder sehbehindert oder dauerndes Gebundensein an die Wohnung)	(blind)	(gehörlos)

☐ **Ich beantrage die Ausstellung eines Ausweises.**
Wird die Schwerbehinderteneigenschaft festgestellt, wird auf Ihren Antrag ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt (siehe Ziff. 13).

Hinweis zur Mitwirkung nach § 67a Abs. 3 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X):
Ihre Angaben sind zur korrekten Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich. Sie dienen insbesondere dazu, von den von Ihnen angegebenen Ärzten und Stellen medizinische Unterlagen beizuziehen. Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie unvollständige Angaben machen, kann jedoch unter Umständen der Grad der Behinderung nicht in der richtigen Höhe bzw. können eigentlich zustehende Merkzeichen nicht festgestellt werden. Alle unsere Mitarbeiter sind zur Wahrung des Sozialgeheimnisses verpflichtet.

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – **möglichst in Blockschrift** – und senden Sie die ggf. anliegenden Einverständniserklärungen ausgefüllt und unterschrieben zurück.
Fügen Sie bitte diesem Antrag alle in Ihren Händen befindlichen Unterlagen über den derzeitigen Gesundheitszustand bei (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Entlassungsberichte des Reha-Trägers, EKG- und Laborbefunde). **Es besteht die Möglichkeit, vom behandelnden Arzt auf eigene Kosten Kopien der ärztlichen Unterlagen anfertigen zu lassen.** (Diese Kosten können jedoch vom Zentrum Bayern Familie und Soziales nicht ersetzt werden.) Sie können dadurch erheblich zur Beschleunigung des Verfahrens beitragen.

Soweit in einzelnen Abschnitten der Platz für die Eintragungen nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.

1

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
ggf. Geburtsname oder frühere Namen	Geburtsort	Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	
Telefonnummer tagsüber	Wenn Sie einverstanden sind, dass wir uns bei Rückfragen per E-Mail an Sie wenden, dann geben Sie bitte Ihre E-Mail-Adresse an:	
Sind sie erwerbstätig? ☐ Nein ☐ Ja		

Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer mit entsprechendem Aufgabenkreis („Vertretung gegenüber Behörden“ oder „Vermögenssorge“) gerichtlich bestellt ist, bitte Familien- und Vornamen sowie Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder des Betreuers angeben und ggf. Betreuerausweis und nach Möglichkeit das Betreuungsgutachten (in Ablichtung) vorlegen.

_____
Familien- und Vorname

_____
Straße, Hausnummer

_____
Postleitzahl, Ort

2 Staatsangehörigkeit

Angehörige eines Staates außerhalb von EU, Island, Liechtenstein und Norwegen: Bitte legen Sie eine Kopie des Aufenthaltstitels in Ihrem Reispass oder eine Bescheinigung der Ausländerbehörde vor.

Grenzarbeitnehmer: Bitte fügen Sie nach Möglichkeit eine Arbeitsbescheinigung Ihres jetzigen Arbeitgebers und ggf. eine Arbeitserlaubnis bei. Bitte geben Sie Name und Anschrift des Arbeitgebers an:

Name _____

Straße, Hausnr. _____

Postleitzahl, Ort _____

3 Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen haben Sie?
Bitte geben Sie nur Gesundheitsstörungen an, die mindestens sechs Monate andauern (bzw. andauern werden). Kürzer andauernde Gesundheitsstörungen können nicht berücksichtigt werden.
Bitte kreuzen Sie auch die Ursache an.

Wichtig für Diabetiker:
Bitte senden Sie – falls geführt – das Blutzuckertagebuch (die letzten drei Monate) ein.

	angeborene Gesundheitsstörung	Arbeitsunfall/Berufskrankheit (dem Unfallversicherungsträger gemeldet)	Verkehrsunfall	häuslicher Unfall	sonstiger Unfall	Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienst-beschädigung; Folgen einer Gewalttat	sonstige Krankheit	sonstige Ursache
1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4 Benutzen Sie beim Verlassen des Hauses einen Rollstuhl? Nein ☐ Ja ☐

5 Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____

Straße, Hausnr. _____

Postleitzahl, Ort _____

6 Bei welchen Ärzten sind bzw. waren Sie außerdem in Behandlung?

von – bis	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte	Fachgebiet	wegen Gesund-heitsstörung Nr.	Befinden sich diese Unter-lagen beim Hausarzt?

7 Krankenhaus- und Reha-Behandlung in den letzten zwei Jahren:

von – bis (genaues Datum des Aufnahme- u. Entlassungstages)	Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Kuranstalt Abteilung/Station oder Chef- /Stationsarzt	Kostenträger der Reha-Maßnahme Aktenzeichen	Bitte angeben A = ambulant S = stationär Gesundheitsstör. Nr.	Befinden sich diese Unterlagen beim Hausarzt?

Sind Reha- oder Krankenhausbehandlungen vorgesehen? ☐ Nein ☐ Ja, in _____ ab _____

8 Hat ein Versorgungsamt oder eine andere Verwaltungsbehörde, ein Sozialversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft) oder ein Gericht bereits einmal eine Feststellung zu den gesundheitlichen Verhältnissen / zu einzelnen Gesundheitsstörungen und zum Grad der Behinderung (GdB) bzw. zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) / zum Grad der Schädigungsfolgen (GdS) getroffen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ Nein ☐ Ja

Höhe des GdB/ GdS/der MdE	Bezeichnung der Verwaltungsbehörde, des Sozialversicherungsträgers oder des Gerichts	Aktenzeichen und Datum des Bescheides ggf. Tag des Unfalls

Übersenden Sie bitte die Ihnen vorliegenden Gutachten und Bescheide anderer Verwaltungsbehörden, Sozialversicherungsträger oder Gerichte (in Kopie).

9 Erhalten Sie Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? Laufen Untersuchungen beim Rentenversicherungsträger oder sind Klagen beim Sozialgericht anhängig?

☐ Nein ☐ Ja Ich erhalte Rente ab _____

Anschrift des Sozialversicherungsträgers	Aktenzeichen

10 Falls Sie blind sind oder Ihre Sehschärfe auf dem besseren Auge **nach Korrektur** nicht mehr als **2 %** (1/50) beträgt oder eine damit vergleichbare andere Sehstörung vorliegt: Haben Sie bereits einen Antrag nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz gestellt?

☐ Nein ☐ Ja Aktenzeichen: _____

Wenn nein: Ich beantrage hiermit Blindengeld nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz ☐ Nein ☐ Ja

11 Bitte geben Sie Ihre Kranken- bzw. Pflegekasse oder Kranken- bzw. Pflegeversicherung an.

Name _____

Straße, Hausnr. _____

Postleitzahl, Ort _____

Mitgliedsnummer

Haben Sie bei der Pflegekasse bzw. –versicherung Pflegeleistungen beantragt? ☐ Nein ☐ Ja, am _____

Wenn ja: ☐ der Antrag wurde abgelehnt ☐ der Antrag wurde bewilligt: Pflegestufe _____ ab _____

☐ über den Antrag wurde noch nicht entschieden Untersuchungstermin: _____

12 Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Behinderteneinrichtung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Agentur für Arbeit) befinden sich weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde usw.?

Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen	Jahr der Untersuchung

Bitte senden Sie auch eventuell in Ihren Händen befindliche Unterlagen ein.

13 Schwerbehindertenausweis:
Sofern Sie die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises beantragt haben, benötigen wir von Ihnen ein **aktuelles Passbild** in Farbe (35mm x 45mm im Hochformat, siehe Klebepunkt unten rechts). Für Kinder unter zehn Jahren ist kein Bild im Ausweis erforderlich.
Bitte kennzeichnen Sie das Bild auf der Rückseite mit Ihrem Vor- und Nachnamen und dem Geburtsdatum.
Das Bild wird nur zur Fertigung des Ausweises elektronisch erfasst und anschließend aus datenschutzrechtlichen Gründen vernichtet.

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung der Behinderung, des Arbeitsverhältnisses (bei Grenzpendlern) und des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) beizieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde.
Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung beizieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich stimme der maschinellen Verarbeitung des Bildes für den Schwerbehindertenausweis zu. Ich bestätige, dass das beigefügte Passbild mich bzw. den von mir gesetzlich Vertretenen darstellt.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Als Unterlagen werden beigefügt:

3 unterschriebene Einverständniserklärungen

Datum Unterschrift

bei Vertretung: ☐ als gesetzlicher Vertreter oder gerichtlich bestellter Betreuer (bitte ggf. Betreuerausweis beifügen)

☐ als bevollmächtigter Vertreter (bitte Vollmacht beifügen)

Passbild

Internet: www.zbfs.bayern.de

Bitte alle 3 Einverständniserklärungen ausfüllen, unterschreiben und mit dem Antragsformular zurücksenden!

Zu- und Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Aktenzeichen:

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) beizieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde.
Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung beizieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Datum:_____ Unterschrift:_____

Zu- und Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Aktenzeichen:

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) beizieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde.
Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung beizieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Datum:_____ Unterschrift:_____

Zu- und Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Aktenzeichen:

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) beizieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde.
Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung beizieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Datum:_____ Unterschrift:_____