

Schwerbehinderten- Antrag

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

Inklusion, d. h. die Möglichkeit, auch als behinderter Mensch alle Bereiche des Alltags und das Zusammenleben mit anderen selbst zu gestalten, beginnt auch mit der Anerkennung einer Behinderung im rechtlichem Sinn.

Mit diesem Antrag können Sie Behinderungen nach dem Schwerbehindertenrecht sowie zusätzliche Merkzeichen beim Zentrum Bayern Familie und Soziales rechtswirksam feststellen lassen.

Mit unserer Entscheidung werden zwar unmittelbar keine Leistungen gewährt; sie ist aber Voraussetzung für den Anspruch auf Leistungen und Nachteilsausgleiche in vielen anderen Lebensbereichen (z. B. Arbeitsverhältnis, Steuern, Straßenverkehr).

Wir prüfen dabei Ihre gesundheitlichen Verhältnisse im Zeitpunkt der Antragstellung.

Dazu benötigen wir Ihre Mitwirkung, aber auch die Hilfe Ihres Hausarztes sowie oft auch von Fachärzten, Krankenhäusern und Reha-Kliniken usw., ohne die eine Feststellung nicht möglich ist.

Hier ein Tipp, mit dem Sie Ihr Schwerbehindertenverfahren unterstützen und beschleunigen können: Suchen Sie schon vor der Antragstellung die notwendigen Ärzte auf und teilen Sie ihnen mit, dass Sie diesen Antrag stellen wollen. Beschaffen Sie medizinische Unterlagen (Befundberichte, Krankenhaus-, Reha-Berichte) – wenn möglich – gleich selbst und schicken Sie diese (mit) ein. Kopierkosten des Hausarztes können wir erstatten. Die Anforderung notwendiger Unterlagen durch uns („von Amts wegen“) dauert meist mehrere Wochen.

Sind die Unterlagen ausreichend, können wir in der Regel innerhalb von vier Wochen den Bescheid und ggf. den Schwerbehindertenausweis erstellen und an Sie als Nachweis für zahlreiche Rechte und Vorteile verschicken.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Zentrum Bayern Familie und Soziales

Stellen Sie den Antrag online am Computer (www.zbfs.bayern.de). Es geht schneller und spart Porto.

Sie werden individuell durch das Programm geführt, weil für Sie nicht zutreffende Fragen automatisch entfallen. Und wenn Sie die Einverständniserklärung am Ende des Online-Antrags ausdrucken, unterschreiben und zusammen mit den Unterlagen per Fax an die dort genannte Nummer übersenden sparen Sie Porto und den Weg zur Post.

Dieses **Informationsblatt** gibt Ihnen allgemeine Hinweise zum Schwerbehindertenverfahren und begleitet Sie beim Ausfüllen des Formulars. Weitere Informationen und Details finden Sie unter www.zbfs.bayern.de sowie in unserer Broschüre „Wegweiser für Menschen mit Behinderung“.

Zur besseren Verständlichkeit sind einige **Begriffserläuterungen** vorangestellt.

Eine **Behinderung** im Sinne des Schwerbehindertenrechts liegt vor, wenn bei einem Menschen die **körperliche Funktion**, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher die **Teilhabe am Leben in der Gesellschaft** beeinträchtigt ist. Dabei werden einzelne Krankheiten mit vergleichbaren Auswirkungen auf die Teilhabe am täglichen Leben bei der Bewertung zusammengefasst.

Ernste Diagnosen (z. B. HIV-Infektion) führen deshalb nicht immer (gleich) zu einer hohen GdB-Feststellung. Auch Krankheitsursachen sind in der Regel nicht relevant. Statt Behinderung wird oft auch der Begriff **Gesundheitsstörung** verwendet.

Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als **Grad der Behinderung (GdB)** nach Zehnergraden abgestuft und von 20 bis 100 festgestellt. Dabei kommt es nicht auf die ausgeübte oder angestrebte Erwerbstätigkeit an. Insbesondere sagt der GdB nicht aus, inwieweit jemand bei seiner Arbeit oder im Beruf beeinträchtigt ist. Beeinträchtigungen, die alterstypisch sind, kürzer als sechs Monate andauern oder nicht mindestens einen GdB von 10 bedingen, gelten nicht als Behinderungen.

Für jede Gesundheitsstörung wird ein **Einzel-GdB** ermittelt. Maßgebend für die Feststellung ist jedoch der **Gesamt-GdB**, für den die Auswirkungen der Gesundheitsstörungen insgesamt unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander bewertet werden. Dabei dürfen die Einzel-GdBs nicht addiert werden.

Schwerbehinderung liegt vor bei einem Gesamt-GdB von 50 oder darüber.

Eine **Gleichstellung** können Personen mit einem GdB von 30 oder 40 erhalten, die wegen ihrer Behinderung keinen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder behalten können. Die Gleichstellung spricht die zuständige Agentur für Arbeit aus.

Merkzeichen sind bestimmte Buchstaben, die im Schwerbehindertenbescheid festgestellt und in den Schwerbehindertenausweis eingetragen werden. Sie dienen als Nachweis für besondere Beeinträchtigungen.

Mit der Zuerkennung eines Gesamt-GdB und/oder bestimmter Merkzeichen können im privaten und beruflichen Alltag sogenannte **Nachteilsausgleiche** in Anspruch genommen werden, um behinderungsbedingte Nachteile und Mehraufwendungen auszugleichen.

Die wichtigsten Vorschriften zum Schwerbehindertenrecht finden sich im **Sozialgesetzbuch IX**, insbesondere §§ 68 ff SGB IX.

Die **Versorgungsmedizinischen Grundsätze** als Anlage zur Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) sind Grundlage für die Anerkennung und medizinische Bewertung von Gesundheitsstörungen. Sie werden jeweils an neue medizinische Erkenntnisse und Fortschritte angepasst.

A Antrag

Zu A1, A2:

Bitte geben Sie den Gesamt-GdB und das/die Merkzeichen an, die Sie als Feststellung erwarten. Sie vermeiden damit ggf. unnötige Sachverhaltsermittlung. Wenn Sie keinen GdB angeben, gehen wir davon aus, dass die Schwerbehinderteneigenschaft (GdB 50) beantragt wird. Ergeben sich aus der Stellungnahme unseres Ärztlichen Dienstes ein höherer Gesamt-GdB oder weitere Merkzeichen, stellen wir von Amts wegen zu Ihren Gunsten in jedem Fall den höheren GdB sowie die weiteren Merkzeichen fest.

Die Prüfung erfolgt grundsätzlich bezogen auf den Zeitpunkt der Antragstellung. Wird mit dem Antrag ein besonderes Interesse an einer rückwirkenden Feststellung glaubhaft gemacht, erfolgt die Prüfung bezogen auf einen früheren Zeitpunkt.

Nachfolgend einige wichtige Rechte, die mit dem jeweiligen Gesamt-GdB verbunden sind. Die Aufzählung ist nicht abschließend. Ein höherer GdB schließt dabei die Rechte aus einem niedrigeren GdB mit ein.

GdB 30:

- Behindertenpauschbetrag nach § 33 b EStG steigend bis GdB 100

GdB 50:

- Bevorzugte Einstellung, Beschäftigung
- Kündigungsschutz
- Begleitende Hilfe im Arbeitsleben
- Freistellung von Mehrarbeit
- Zusatzurlaub von einer Arbeitswoche
- Vorgezogene Altersrente/Pensionierung
- Besondere Fürsorge im öffentlichen Dienst

GdB 60:

- Reduzierung der Grenze für Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen

GdB 70:

- Ansatz der tatsächlichen Kosten oder 0,30 €/km als Werbungskosten für Fahrten zur Arbeitsstätte mit Kfz

GdB 80:

- Abzugsbetrag für Privatfahrten bis zu 3000 km x 0,30 €
- Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit in häuslicher oder teilstationärer Pflege: 1.500 €

GdB 100:

- Freibetrag beim Wohngeld (auch ohne Pflegebedürftigkeit): 1.500 €

Zu A2:

Bei Antrag auf Erhöhung des GdB wegen hinzugekommener oder verschlimmelter Gesundheitsstörungen, prüfen wir die bisherige Feststellung in vollem Umfang neu und berücksichtigen dabei auch ggf. Besserungen durch neue Hilfsmittel oder Körperersatzstücke (z. B. Hüft- oder Knieprothesen) sowie gesetzliche Änderungen (z. B. der VersMedV). Trotz einzelner hinzugekommener oder verschlimmelter Gesundheitsstörungen kann es daher auch zu einer Herabsetzung des Gesamt-GdB kommen. Beraten Sie sich dazu ggf. mit Ihrem Hausarzt.

Zu A3:

Nachfolgend – nicht abschließend – die medizinischen Voraussetzungen für Merkzeichen:

G Erheblich in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr ist eingeschränkt, wer infolge einer Einschränkung

des Gehvermögens nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden.

B Die Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson

erhalten schwerbehinderte Menschen, die bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln infolge ihrer Behinderung regelmäßig auf Hilfe angewiesen sind, wenn ihnen regelmäßig das Merkzeichen G, H oder Gl zusteht.

aG Außergewöhnlich gehbehindert sind nach § 146 Abs. 3 SGB IX Personen mit einer mobilitätsbezogenen Teilhabebeeinträchtigung, die einem GdB von mindestens 80 entspricht. Diese liegt vor, wenn sich schwerbehinderte Menschen wegen der Schwere der Beeinträchtigung dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Hierzu zählen insbesondere Menschen, die aufgrund der Beeinträchtigung der Gehfähigkeit und Fortbewegung – dauerhaft auch für sehr kurze Entfernungen – aus medizinischer Notwendigkeit auf die Verwendung eines Rollstuhls angewiesen sind.

Verschiedenste Gesundheitsstörungen können als außergewöhnliche Gebehinderung angesehen werden, wenn deren Auswirkung oder deren Kombination auf die Gefähigkeit dauerhaft so schwer ist, dass sie der oben genannten Beeinträchtigung gleichkommt.

H Hilflos sind Personen, die infolge von Gesundheitsstörungen für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Dies ist auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder einer Anleitung zu den genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Bei Kindern gelten für das Merkzeichen besondere Kriterien.

BI Blind ist, wem das Augenlicht vollständig fehlt. Als blind gilt auch, wessen Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 0,02 (1/50) beträgt oder wenn entsprechend schwere Störungen des Sehvermögens vorliegen.

TBI Voraussetzung ist eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit (mindestens Einzel-GdB 70) bei gleichzeitiger Störung des Sehvermögens mit einem Einzel-GdB von 100. Die Voraussetzungen sind nicht identisch mit dem Anspruch auf Taubblindengeld nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz. Die Leistung muß daher stets gesondert beantragt werden.

GI Gehörlosigkeit liegt vor bei beiderseitiger Taubheit oder bei einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit beiderseits, wenn daneben schwere Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz) vorliegen.

RF Das Merkzeichen zur Ermäßigung des Rundfunkbeitrags erhalten Menschen, die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen grundsätzlich nicht teilnehmen können. Der GdB muss mindestens 80 betragen. Auch mit Hilfe einer Begleitperson und technischer Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Inkontinenzartikel) ist eine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen nicht möglich. Berechtigt sind außerdem Blinde sowie Menschen mit GdB 60 wegen Sehbehinderung oder GdB 50 wegen Hörbehinderung

Darüber hinaus erhalten schwerbehinderte Menschen auch zahlreiche Nachteilsausgleiche auf freiwilliger Basis, z. B. Ermäßigungen bei Telefongebühren, beim Neuwagenkauf, beim

Erwerb von Eintrittskarten, von Fahrkarten im privaten Busfernverkehr, bei Mitgliedsbeiträgen von Vereinen.

Auskünfte dazu erhalten Sie bei den jeweiligen Unternehmen bzw. Vereinen.

Zu A4:

Zu den vorliegenden Gesundheitsstörungen, dem Einzel- und dem Gesamt-GdB sowie zu der Feststellung von Merkzeichen ergeht abschließend **immer** ein Bescheid. Liegt die Schwerbehinderteneigenschaft (GdB \geq 50) vor, stellt das ZBFS **auf Antrag** darüber hinaus einen Schwerbehindertenausweis aus. Er ist ein (zusätzlicher) Nachweis für die Schwerbehinderung und Merkzeichen und dient zur Inanspruchnahme der damit verbundenen Rechte und Nachteilsausgleiche.

B

Mitwirkung

Ihre Mitwirkung ist wichtig für die Entscheidung über den Antrag.

Für die Prüfung der geltend gemachten Gesundheitsstörungen benötigen wir medizinische Unterlagen. Bitte fügen Sie dem Antrag Unterlagen, die Ihnen vorliegen oder die Sie sich besorgen können, gleich bei. Vor allem Hausarztberichte und dort bereits vorliegende Befunde von Fachärzten sind wichtig. Sie können damit die Bearbeitungszeit wesentlich verkürzen. **Die Unterlagen sollen nicht älter als zwei Jahre sein.**

Bloße Atteste mit Diagnosen, aber ohne Aussagen über Funktionseinschränkungen genügen nicht für die Feststellung. Wir empfehlen daher, schon vor der Antragstellung die betreffenden Ärzte aufzusuchen und ggf. über die Antragstellung zu informieren. Nur so können aktuelle Aussagen zu den Gesundheitsstörungen gemacht werden.

Ihre Ärzte sind verpflichtet, Ihnen Kopien der medizinischen Unterlagen auszuhändigen. Kopierkosten Ihres Hausarztes können wir gegebenenfalls erstatten (siehe Rechnungsvordruck).

Reichen die von Ihnen vorgelegten Unterlagen für die sozialmedizinische Feststellung aus, können wir über Ihren Antrag in der Regel **innerhalb von vier Wochen** entscheiden.

Benötigen wir weitere Unterlagen, fordern wir diese von Amts wegen entsprechend der Einverständniserklärung bei Ärzten, Krankenhäusern, Reha-Kliniken usw. an. Senden Sie dazu die anliegenden **Einverständniserklärungen** vollständig ausgefüllt und unterschrieben mit ein.

C

Angaben zur antragstellenden Person

Zu C1:

Die Angabe der Telefonnummer und Faxnummer ist freiwillig. Sie erleichtert Rückfragen und Zwischenmitteilungen.

Zu C2:

Angaben zu einem bestellten Vertreter oder Betreuer sind nur erforderlich, wenn die Stellvertretung oder Betreuung auch die „Vertretung gegenüber Behörden“ oder die „Vermögenssorge“ umfasst.

Zu C3:

Weitere Voraussetzung für die Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft ist der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt oder eine rechtmäßige Beschäftigung als Arbeitnehmer oder Auszubildender im Bundesgebiet. Von Angehörigen eines Staates außerhalb von EU, Island, Liechtenstein und Norwegen benötigen wir daher einen Nachweis der Aufenthaltsgenehmigung.

Zu C4:

Die Angabe von Erwerbstätigkeit ist freiwillig und erfolgt zu statistischen Zwecken. Anträge erwerbstätiger Antragsteller werden aber bevorzugt bearbeitet.

Zu **C5**:
Grenzarbeitnehmer sind Personen, die im Ausland leben und in Deutschland arbeiten.

Zu **C6**:
Bei Ihrer Kranken- oder Pflegeversicherung können wir ggf. zusätzliche Unterlagen (z. B. Pflegegutachten) anfordern.

D Gesundheitsstörungen bei Erstantrag

Zu **D1**:
Akute Erkrankungen wie z. B. Erkältungs- oder Magen-Darminfekte, Kopfschmerzen stellen keine andauernden Gesundheitsstörungen dar. **Sie müssen die Gesundheitsstörung nicht mit Fachausdrücken bezeichnen. Es genügen allgemeine Bezeichnungen, z. B. „Bluthochdruck“, „Wirbelsäulenerkrankung“, „Herzerkrankung“.**

Zu **D2**:
Bitte geben Sie die entsprechende Ziffer der Behinderungsur-sache an. Die Angabe erfolgt zu statistischen Zwecken.

E Gesundheitsstörungen bei Verschlimmerung

Zu **E1**:
Voraussetzung für eine Erhöhung des Gesamt-GdB oder Zuerkennung von (weiteren) Merkzeichen ist eine durch neue medizinische Unterlagen nachgewiesene wesentliche Verschlimmerung der Gesundheitsstörungen in ihrer Gesamtheit. Die Feststellung wird auch bezüglich aller bereits anerkannten Behinderungen überprüft (siehe auch zu A2).

F Weitere Angaben

Zu **F1**:
Wichtig für die Bewertung einer Diabetes-mellitus-Erkrankung ist das Ausmaß der Beeinträchtigung in der Lebensführung. Zum Nachweis ist die Vorlage des Blutzuckertagebuches oder einer vergleichbaren Dokumentation erforderlich.

Zu **F2**:
Zu den Voraussetzungen für Blindheit oder hochgradige Sehbehinderung siehe zu A3 – Mz. „Bl“. Wenn Sie „ja“ angeben, schicken wir Ihnen Antragsformulare für Blindengeldleistungen zu.

Zu **F3**:
Sie können bestimmen, dass über einzelne Gesundheitsstörungen keine Feststellung erfolgt. Diese werden dann nicht mit bewertet und erscheinen auch nicht im Bescheid.

G Ärztliche Behandlungen

Wir stellen Behinderungen grundsätzlich bezogen auf den Zeitpunkt der Antragstellung fest. Alle medizinischen Unterlagen sollten daher nicht älter als zwei Jahre sein.
Suchen Sie die behandelnden Ärzte daher ggf. vor Antragstellung auf und informieren sie, dass ein Antrag gestellt wird.

Zu **G1**:
Eine Mitwirkung Ihres Hausarztes ist für uns besonders wichtig. Er hat i. d. R. umfassende Kenntnis Ihres Gesundheitszustandes und auch Fremdbefunde mitbehandelnder Fachärzte vorliegen. Facharztbefunde (z. B. Orthopäde, Kardiologe), die Sie vorlegen, werden grundsätzlich mit ausgewertet. Von Amts wegen werden sie von uns angefordert, wenn sie für die Entscheidung notwendig sind. Da für die GdB-Feststellung die Beeinträchtigung der Teilhabe am täglichen Leben entscheidend ist,

genügen bloße Atteste mit Diagnosen, aber ohne Befunde nicht zur Bewertung.

Zu **G2**:
Krankenhaus- und Reha-Entlassungsberichte enthalten meist ausführliche Beschreibungen zu bestehenden Gesundheitsstörungen. Sie sind daher wichtig für die Bewertung. Sofern Sie diese nicht mit vorlegen, fordern wir Berichte regelmäßig entsprechend der Einwilligungserklärung selbst an.

H Ärztliche Unterlagen anderer Stellen

Zu **H1**:
Zu Verfahren der gesetzlichen Renten- oder Pflegeversicherung, der Berufsgenossenschaft (Unfallversicherung), des Sozialgerichts oder einer anderen Versorgungsverwaltung liegen dort in der Regel umfangreiche Unterlagen und/oder Gutachten vor, die wir auch für unsere versorgungsärztliche Feststellung verwenden.

Zu **H2** :
Art und Ausmaß der Pflegebedürftigkeit werden ab 01.01.2017 in fünf Pflegegrade eingeteilt. Der für Sie ab 2017 zutreffende Pflegegrad wurde Ihnen von der Pflegekasse mitgeteilt. Bitte geben Sie daher gegebenenfalls den für Sie geltenden Pflegegrad an.

Zu **H3**:
Unterlagen der hier genannten Stellen werden nur hilfsweise für die Feststellung herangezogen, wenn eine Entscheidung mit den sonstigen medizinischen Unterlagen nicht möglich ist. Unterlagen, die älter als zwei Jahre sind, benötigen wir nur, wenn die Feststellung aktuell noch gilt.

Nur wenn widersprüchliche Angaben über Gesundheitsstörungen in den vorgelegten medizinischen Unterlagen nicht aufzuklären sind oder es nach den Unterlagen von Amts wegen erforderlich ist, führt das ZBFS eine **eigene Begutachtung** zur Feststellung des GdB durch. Grundsätzlich sind nicht vorliegende Unterlagen kein Anlass für eine Begutachtung durch das ZBFS.

L Einwilligungserklärung

Zu **L1**:
Neben der Einverständniserklärung auf diesem Antrag benötigen wir als Nachweis gegenüber den vorgenannten Ärzten und Stellen weitere, abtrennbare Exemplare, um diese bei Bedarf dort vorzulegen. Ohne Einverständniserklärung ist eine Ermittlung von Amts wegen nicht möglich.

M Zuständige Regionalstellen

Zu **M1**:
Hinweis für Antragsteller aus Oberbayern:
Bitte sende Sie Ihren Antrag nur an die angegebene Adresse zur Auftrags erfassung. Mit der Eingangsbestätigung informieren wir Sie, welche Regionalstelle für die Bearbeitung Ihres Antrags zuständig ist.

Zu **M2**:
Neben der Beratung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Regionalstellen bieten auch verschiedene Sozialverbände, Behindertenverbände, Selbsthilfevereinigungen, Interessengemeinschaften und auch rechtsberatende Berufe Beratung und/oder Vertretung im Schwerbehindertenverfahren an.



Zentrum Bayern Familie und Soziales
Zentrale - Landesversorgungsamt
Hegelstraße 2, 95445 Bayreuth
Tel.: 0921 605-1, Fax: 0921 605-3903
E-Mail: poststelle@zbfs.bayern.de
Internet: www.zbfs.bayern.de

Redaktion: Walter Oertel, ZBFS, PG III
Gestaltung: Jörg Rödel, ZBFS, Team VIII 6
Bildnachweis: www.Fotolia.com
Druck: Appel & Klinger, Schneckenlohe
Stand: Juni 2017

Postanschrift der Regionalstellen: siehe letzte Seite

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen

A	Antrag												
A1	<input type="checkbox"/> Antrag auf erstmalige Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von wenigstens <input type="text"/>												
A2	<input type="checkbox"/> Antrag auf Erhöhung des Grades der Behinderung auf wenigstens <input type="text"/>												
A3	<input type="checkbox"/> Antrag auf Feststellung des Merkzeichens <input type="checkbox"/> G erheblich gehbehindert <input type="checkbox"/> B Begleitperson <input type="checkbox"/> aG außergewöhnlich gehbehindert <input type="checkbox"/> RF erheblich hör- oder sehbehindert, dauernd an Wohnung gebunden <input type="checkbox"/> BI blind <input type="checkbox"/> GI gehörlos <input type="checkbox"/> H hilflos <input type="checkbox"/> TBI hochgradig sehbehindert/blind und an Taubheit grenzend schwerhörig												
A4	<input type="checkbox"/> Antrag auf Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises (siehe auch D)												
B	Mitwirkung												
	<p>Füllen Sie den Antrag bitte vollständig und in Blockschrift aus. Senden Sie auch die anliegenden Einverständniserklärungen ausgefüllt und unterschrieben mit ein.</p> <p>Für die Feststellung benötigen wir immer aktuelle medizinische Befunde. Fügen Sie deshalb bitte medizinische Unterlagen (nicht älter als zwei Jahre) zu den geltend gemachten Gesundheitsstörungen bei, die Ihnen bereits vorliegen. Falls eine Operation oder Reha-Maßnahme bevorsteht kann es sinnvoll sein, mit dem Antrag bis nach der Durchführung zu warten. Sie können das Verfahren ganz wesentlich unterstützen und beschleunigen, wenn Sie bereits vor Antragstellung bei Ihrem Hausarzt aktuelle medizinische Unterlagen kopieren lassen und gleichzeitig mit dem Antrag einsenden. Überlegen Sie, ob Ihre Ärzte überhaupt Aussagen machen können, wenn Sie längere Zeit nicht mehr in Behandlung waren. Ein Vordruck zur Kostenerstattung mit zusätzlichen Informationen liegt bei. Fehlende Unterlagen, die für die Feststellung notwendig sind, fordern wir selbst von Amts wegen entsprechend der vorgelegten Einverständniserklärung bei Ärzten, Krankenhäusern, Reha-Kliniken, usw. unmittelbar an. Wir bitten um Verständnis, wenn dies die Bearbeitungszeit verlängert. Grundsätzlich sind Sie entsprechend der §§ 60 ff. SGB I zur angemessenen Mitwirkung verpflichtet. Im Falle fehlender Mitwirkung kann die Feststellung bis zur Nachholung der Mitwirkung versagt oder entzogen werden.</p>												
C	Angaben zur antragstellenden Person												
C1	<table border="1"> <tr> <td>Name (surname, nom)</td> <td>Vorname (first name, prénom)</td> <td>Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</td> </tr> <tr> <td>ggf. Geburts- oder frühere Namen</td> <td>Geburtsdatum</td> <td>Geburtsort</td> </tr> <tr> <td>Straße, Hausnummer</td> <td colspan="2">PLZ, Ort</td> </tr> <tr> <td>Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)</td> <td colspan="2">Fax (freiwillige Angabe)</td> </tr> </table>	Name (surname, nom)	Vorname (first name, prénom)	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	ggf. Geburts- oder frühere Namen	Geburtsdatum	Geburtsort	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort		Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)	Fax (freiwillige Angabe)	
	Name (surname, nom)	Vorname (first name, prénom)	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich										
	ggf. Geburts- oder frühere Namen	Geburtsdatum	Geburtsort										
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort											
Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)	Fax (freiwillige Angabe)												
C2	Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Vertreter oder Betreuer bestellt ist												
	<table border="1"> <tr> <td>Name des Vertreters/Betreuers</td> <td>Vorname</td> </tr> <tr> <td>Straße, Hausnummer</td> <td>PLZ, Ort</td> </tr> <tr> <td>Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)</td> <td>Fax (freiwillige Angabe)</td> </tr> </table>	Name des Vertreters/Betreuers	Vorname	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)	Fax (freiwillige Angabe)						
Name des Vertreters/Betreuers	Vorname												
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort												
Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)	Fax (freiwillige Angabe)												

Angaben zu **C3 bis C6** sind nur bei **Erstantrag** oder **Änderung der Verhältnisse** seit der letzten Antragstellung erforderlich.

C3 Staatsangehörigkeit ☐ deutsch
☐ EU: _____ oder Norwegen, Liechtenstein, Island
☐ andere: _____
(bitte Kopie Reisepass oder Aufenthaltstitel beifügen)

C4 Sind Sie erwerbstätig? ☐ nein ☐ ja
(freiwillige Angabe)

C5 Grenzarbeitnehmer? ☐ nein ☐ ja
 Wenn ja, Name des Arbeitgebers: _____
 Anschrift: _____

C6 Name und Anschrift Ihrer derzeitigen Kranken-/Pflegeversicherung:

 Mitgliedsnummer: _____

D Gesundheitsstörung(en)/Behinderung(en) bei erstmaliger Antragstellung

D1 Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bzw. Behinderungen machen Sie geltend, die **mindestens sechs Monate andauern**? **Ursache der Behinderung**

Nr. 1	
Nr. 2	
Nr. 3	
Nr. 4	
Nr. 5	
Nr. 6	
Nr. 7	

D2 Ursache der Behinderung (die jeweilige Ziffer bitte in die Kästchen eintragen) ■

01 = angeborene Ursache	02 = Arbeitsunfall/Berufskrankheit
04 = Verkehrsunfall	05 = häuslicher Unfall
06 = sonstiger Unfall	07 = Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung
09 = sonstige Krankheit (auch Impfschaden)	oder Folge einer Gewalttat
	10 = sonstige Ursache

E Gesundheitsstörungen/Behinderungen bei Erhöhungsantrag wegen Verschlimmerung

E1 Welche Gesundheitsstörung(en)/Behinderung(en), die wir bereits festgestellt haben, hat/haben sich **verschlimmert und/oder ist/sind neu hinzugekommen**? **Ursache der Behinderung**

Nr. 1	
Nr. 2	
Nr. 3	
Nr. 4	
Nr. 5	
Nr. 6	
Nr. 7	

F	Weitere Angaben				
F1	Bei Diabetes mellitus: Führen Sie ein Blutzuckertagebuch?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte beifügen)	
	Bei Hörbehinderung: Wurde vom Hörgeräteakustiker ein Sprachaudiogramm erstellt?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte beifügen)	
	Bei Gehbehinderung: Benutzen Sie beim Verlassen des Hauses einen Rollstuhl?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
F2	Bei Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung: Beantragen Sie auch Blindengeld?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
F3	Soll Ihr Antrag alle vorhandenen Gesundheitsstörungen umfassen? Wenn nein: Welche Gesundheitsstörung(en) soll(en) nicht berücksichtigt werden? <hr/>				
G	Ärztliche Behandlungen zu D und E (in den letzten zwei Jahren)				
G1	Name und Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes: <hr/> <hr/>				
	Bei welchen Ärztinnen und Ärzten sind bzw. waren Sie außerdem in Behandlung?				
	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte	Fachgebiet	zu Nr. (siehe D/E)	letzter Besuch Monat/Jahr	Unterlagen beim Hausarzt?
					<input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja
G2	Krankenhaus- und Reha-Behandlung(en) in den letzten zwei Jahren:				
	Name und Anschrift der Klinik Abteilung/Station/Chef-/Stationsarzt	zu Nr. (siehe D/E)	von - bis Datum Aufnahme/Entlassung ambulant/stationär		Unterlagen beim Hausarzt?
					<input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja
					<input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja

Bei Reha-Behandlung: Wer war der zuständige Kostenträger?

Anschrift: _____

Versicherungsnummer,
Aktenzeichen: _____

Sind Reha- oder Krankenhausbehandlung(en) in naher Zukunft vorgesehen?

☐ nein ☐ ja, voraussichtlicher Beginn _____

Name, Anschrift der Klinik:

H Ärztliche Unterlagen anderer Stellen zu D und E (in den letzten zwei Jahren)

H1 Erhalten Sie Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie einen Antrag gestellt? Laufen dort Untersuchungen oder ist eine Klage beim Sozialgericht anhängig?

☐ nein ☐ ja, ich erhalte Rente ab _____

☐ der Antrag wurde abgelehnt

☐ über den Antrag ist noch nicht entschieden, voraussichtliche Untersuchung ist am

Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers:

Versicherungsnummer: _____

H2 Haben Sie bei der Pflegekasse/Pflegeversicherung Pflegeleistungen beantragt?

☐ nein ☐ ja, der Antrag wurde bewilligt mit Pflegegrad _____ ab _____

☐ der Antrag wurde abgelehnt

☐ über den Antrag ist noch nicht entschieden, voraussichtliche Untersuchung ist am

Hat ein anderes Versorgungsamt, eine andere Verwaltungsbehörde, eine Berufsgenossenschaft oder ein Gericht bereits eine Feststellung zu den gesundheitlichen Verhältnissen, den Gesundheitsstörungen, zum Grad der Behinderung (GdB), zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), zum Grad der Schädigung (GdS) getroffen oder ist ein entsprechender Antrag gestellt?

☐ nein ☐ ja, und zwar Name: _____

Anschrift: _____

Versicherungsnummer,
Aktenzeichen: _____

ggf. Tag
des Unfalls: _____

Bescheid/
Entscheidung vom: _____

Wurde im Rahmen eines Betreuungsverfahrens ein Gutachten erstellt?

☐ nein ☐ ja, beim Amtsgericht _____

H3	<p>Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Behinderteneinrichtung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Agentur für Arbeit) befinden sich weitere die Gesundheitsstörung(en) betreffende Unterlagen (z. B. Gutachten)?</p> <p>Name, Anschrift: _____</p> <p>Aktenzeichen: _____</p> <p>Jahr der Feststellung: _____</p>
I	<h3>Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises</h3>
	<p>Falls Sie in vorangegangenen Verfahren noch kein Bild übersandt oder der Speicherung eines übersandten Bildes widersprochen haben, benötigen wir von Ihnen (erneut) ein aktuelles Passbild in Farbe (35 mm x 45 mm im Hochformat). 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.</p> <p>Das mitgeschickte Bild wird nach der elektronischen Erfassung und Speicherung aus datenschutzrechtlichen Gründen vernichtet. Es bleibt für spätere Neuausstellungen (z. B. bei Widerspruch, Verschlimmerungsantrag, Nachprüfungsverfahren) für längstens fünf Jahre elektronisch gespeichert und wird dann automatisch gelöscht. Sie können der Speicherung jedoch widersprechen.</p> <p><input type="checkbox"/> Mit der elektronischen Speicherung bin ich nicht einverstanden. Das elektronisch gespeicherte Bild soll unmittelbar nach der Bescheiderteilung gelöscht werden.</p>
J	<h3>Beizufügende Unterlagen (Zur Beschleunigung Ihres Verfahrens)</h3>
	<p>Bitte gehen Sie die Liste der beispielhaft aufgeführten Unterlagen genau durch und fügen Sie dem Antrag die für Sie zutreffenden Anlagen, wenn möglich, bei. Sie ersparen damit Rückfragen und zeitaufwendige Ermittlungen. Originalunterlagen senden wir umgehend zurück. Benötigen wir weitere Unterlagen, fordern wir diese von Amts wegen entsprechend der erteilten Einwilligungserklärung selbst an. Ärztliche Atteste mit Diagnosen, aber ohne Angaben von Befunden, Funktionseinschränkungen und Art der Behandlung genügen i. d. R. nicht als Nachweis von Behinderungen. Die Unterlagen sollen nicht älter als zwei Jahre sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 2 unterschriebene Einverständniserklärungen <input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/> Passbild (farbig 35 mm x 45 mm Hochformat) <input type="checkbox"/> Betreuerausweis, Betreuungsgutachten <input type="checkbox"/> Kopie Reisepass oder elektronischer Aufenthaltstitel (nicht notwendig bei EU-Angehörigen oder aus den Ländern Island, Liechtenstein, Norwegen) <input type="checkbox"/> Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers, Arbeitserlaubnis (nur wenn Grenzarbeitnehmer) <input type="checkbox"/> Hausarztbefundbericht <input type="checkbox"/> Facharztbefundbericht(e) <input type="checkbox"/> Blutzuckertagebuch oder digitale Auswertung (nur bei Diabetes mellitus) <input type="checkbox"/> Krankenhausbericht <input type="checkbox"/> Reha-Entlassungsbericht <input type="checkbox"/> Pflegegutachten <input type="checkbox"/> Sehtest (nur bei Sehschwäche) <input type="checkbox"/> Sprachaudiogramm des Hörgeräteakustikers (nur bei Schwerhörigkeit) <input type="checkbox"/> Rentengutachten <input type="checkbox"/> Gutachten der Berufsgenossenschaft <input type="checkbox"/> sonstige (Therapie-)Berichte <input type="checkbox"/> sonstige medizinische Unterlagen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

K	<h2>Erklärungen</h2>														
	<p>Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe und ein übersandtes Lichtbild mich oder den von mir Vertretenen darstellt. 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, werde ich unverzüglich mitteilen. 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 soweit dies erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich widerspreche dieser Übermittlung.</p>														
L	<h2>Einwilligungserklärung</h2>														
L1	<p>Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigelegten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich: Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten (Betreuungsgericht), Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, im erforderlichen Umfang Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) beizieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für die Einholung von Unterlagen, Antragsbegründungen und Verlaufsberichten sowie Berichte über stationäre Maßnahmen bei Psychologen und Psychotherapeuten. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren noch bekanntgeben werde.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Entlassungsberichte von der Deutschen Rentenversicherung beizieht. Die Unterlagen sollen nicht älter als zwei Jahre sein.</p> <p>Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.</p> <p>Ausnahme: Es dürfen <u>keine</u> Auskünfte eingeholt werden bei: _____</p> <p>Folgende Unterlagen dürfen <u>nicht</u> eingeholt werden: _____</p> <p>Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für nachbenannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.</p> <p>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 soweit dies erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> <p>_____</p> <p>Datum</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>_____</p> <p>Unterschrift</p> </div> </div> <p><small>Datenschutzhinweis (§ 12 KVOVfG, § 67a Abs. 3 und 5 SGB X): Die personenbezogenen Daten sind zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach § 69 SGB IX erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung durch das ZBFS ist § 12 KVOVfG, § 67a SGB X.</small></p>														
M	<h2>Ihre zuständige Regionalstelle</h2>														
M1	<p>Zuständig für die Bearbeitung Ihres Antrags ist grundsätzlich die Regionalstelle in Ihrem Regierungsbezirk. Nur Anträge aus dem Bezirk Oberbayern werden auch in anderen Regionalstellen bearbeitet. Wenn Sie in Oberbayern wohnen, schicken Sie Ihren Antrag bitte an die unten genannte Postanschrift für Oberbayern.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Oberbayern:</td><td>Zentrum Bayern Familie und Soziales, Landshuter Str. 55, 93053 Regensburg Tel.: 0941 7809-4100, Fax: 0941 7809-1411, E-Mail: opf-3@zbfs.bayern.de</td></tr> <tr> <td>Mittelfranken:</td><td>Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bärenschanzstraße 8a, 90429 Nürnberg Tel.: 0911 928-2080, Fax: 0911 928-1930, E-Mail: mfr-3@zbfs.bayern.de</td></tr> <tr> <td>Oberfranken:</td><td>Zentrum Bayern Familie und Soziales, Hegelstraße 2, 95447 Bayreuth Tel.: 0921 605-4411, Fax: 0921 605-4422 E-Mail: ofr-3@zbfs.bayern.de</td></tr> <tr> <td>Unterfranken:</td><td>Zentrum Bayern Familie und Soziales, Georg-Eydel-Straße 13, 97082 Würzburg Tel.: 0931 4107-505, Fax: 0931 4107-0712, E-Mail: ufr-3@zbfs.bayern.de</td></tr> <tr> <td>Niederbayern:</td><td>Zentrum Bayern Familie und Soziales, Friedhofstraße 7, 84028 Landshut Tel.: 0871 829-111, Fax: 0871 829-175, E-Mail: ndb-3@zbfs.bayern.de</td></tr> <tr> <td>Schwaben:</td><td>Zentrum Bayern Familie und Soziales, Morellstraße 30, 86159 Augsburg Tel.: 0821 5709-1907, Fax: 0821 5709-9907, E-Mail: schw-3@zbfs.bayern.de</td></tr> <tr> <td>Oberpfalz:</td><td>Zentrum Bayern Familie und Soziales, Landshuter Str. 55, 93053 Regensburg Tel.: 0941 7809-4100, Fax: 0941 7809-1411, E-Mail: opf-3@zbfs.bayern.de</td></tr> </table>	Oberbayern:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Landshuter Str. 55, 93053 Regensburg Tel.: 0941 7809-4100, Fax: 0941 7809-1411, E-Mail: opf-3@zbfs.bayern.de	Mittelfranken:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bärenschanzstraße 8a, 90429 Nürnberg Tel.: 0911 928-2080, Fax: 0911 928-1930, E-Mail: mfr-3@zbfs.bayern.de	Oberfranken:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Hegelstraße 2, 95447 Bayreuth Tel.: 0921 605-4411, Fax: 0921 605-4422 E-Mail: ofr-3@zbfs.bayern.de	Unterfranken:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Georg-Eydel-Straße 13, 97082 Würzburg Tel.: 0931 4107-505, Fax: 0931 4107-0712, E-Mail: ufr-3@zbfs.bayern.de	Niederbayern:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Friedhofstraße 7, 84028 Landshut Tel.: 0871 829-111, Fax: 0871 829-175, E-Mail: ndb-3@zbfs.bayern.de	Schwaben:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Morellstraße 30, 86159 Augsburg Tel.: 0821 5709-1907, Fax: 0821 5709-9907, E-Mail: schw-3@zbfs.bayern.de	Oberpfalz:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Landshuter Str. 55, 93053 Regensburg Tel.: 0941 7809-4100, Fax: 0941 7809-1411, E-Mail: opf-3@zbfs.bayern.de
Oberbayern:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Landshuter Str. 55, 93053 Regensburg Tel.: 0941 7809-4100, Fax: 0941 7809-1411, E-Mail: opf-3@zbfs.bayern.de														
Mittelfranken:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bärenschanzstraße 8a, 90429 Nürnberg Tel.: 0911 928-2080, Fax: 0911 928-1930, E-Mail: mfr-3@zbfs.bayern.de														
Oberfranken:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Hegelstraße 2, 95447 Bayreuth Tel.: 0921 605-4411, Fax: 0921 605-4422 E-Mail: ofr-3@zbfs.bayern.de														
Unterfranken:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Georg-Eydel-Straße 13, 97082 Würzburg Tel.: 0931 4107-505, Fax: 0931 4107-0712, E-Mail: ufr-3@zbfs.bayern.de														
Niederbayern:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Friedhofstraße 7, 84028 Landshut Tel.: 0871 829-111, Fax: 0871 829-175, E-Mail: ndb-3@zbfs.bayern.de														
Schwaben:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Morellstraße 30, 86159 Augsburg Tel.: 0821 5709-1907, Fax: 0821 5709-9907, E-Mail: schw-3@zbfs.bayern.de														
Oberpfalz:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Landshuter Str. 55, 93053 Regensburg Tel.: 0941 7809-4100, Fax: 0941 7809-1411, E-Mail: opf-3@zbfs.bayern.de														
M2	<p>Nach Eingang des Antrags erhalten Sie eine Eingangsbestätigung mit Angaben der für Sie zuständigen Regionalstelle und Ihrer/Ihres zuständigen Bearbeiterin/Bearbeiters.</p>														

Einwilligung in die Übermittlung von Daten an das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS)
und Entbindung von der Schweigepflicht im Schwerbehindertenverfahren

Zu- und Vorname: _____

Aktenzeichen

Anschrift: _____

Erklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigelegten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich: Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten (Betreuungsgericht), Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, im **erforderlichen Umfang** Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für die Einholung von Unterlagen, Antragsbegründungen und Verlaufsberichten sowie Berichte über stationäre Maßnahmen bei Psychologen und Psychotherapeuten. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren noch bekanntgeben werde.

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Entlassungsberichte von der Deutschen Rentenversicherung bezieht. Die Unterlagen sollen nicht älter als zwei Jahre sein.

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

Ausnahme: Es dürfen keine Auskünfte eingeholt werden bei: _____

Folgende Unterlagen dürfen nicht eingeholt werden: _____

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für nachbenannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

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 soweit dies erforderlich ist (§ 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

Datenschutzhinweis (§ 12 KVOVfG, § 67a Abs. 3 und 5 SGB X): Die personenbezogenen Daten sind zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach § 69 SGB IX erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung durch das ZBFS ist § 12 KVOVfG, § 67a SGB X.

Einwilligung in die Übermittlung von Daten an das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS)
und Entbindung von der Schweigepflicht im Schwerbehindertenverfahren

Zu- und Vorname: _____

Aktenzeichen

Anschrift: _____

Erklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigelegten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich: Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten (Betreuungsgericht), Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, im **erforderlichen Umfang** Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für die Einholung von Unterlagen, Antragsbegründungen und Verlaufsberichten sowie Berichte über stationäre Maßnahmen bei Psychologen und Psychotherapeuten. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren noch bekanntgeben werde.

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Entlassungsberichte von der Deutschen Rentenversicherung bezieht. Die Unterlagen sollen nicht älter als zwei Jahre sein.

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

Ausnahme: Es dürfen keine Auskünfte eingeholt werden bei: _____

Folgende Unterlagen dürfen nicht eingeholt werden: _____

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für nachbenannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

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 soweit dies erforderlich ist (§ 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

Datenschutzhinweis (§ 12 KVOVfG, § 67a Abs. 3 und 5 SGB X): Die personenbezogenen Daten sind zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach § 69 SGB IX erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung durch das ZBFS ist § 12 KVOVfG, § 67a SGB X.

Der kurze Weg zum Schwerbehindertenausweis

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

Sie sind dabei einen Antrag auf Feststellung oder Verschlimmerung einer (Schwer-) Behinderung und/oder von Merkzeichen zu stellen. Zur Feststellung und Bewertung Ihrer Gesundheitsstörungen benötigen wir **aktuelle medizinische Unterlagen**. Deren Anforderung von Amts wegen ist meist zeitaufwendig und umständlich. Oft sind die Unterlagen veraltet oder müssen mehrmals angefordert werden.

Durch Ihre – selbstverständlich freiwillige – Teilnahme an dem unten genannten neuen Verfahren können Sie die Entscheidung wesentlich beschleunigen und zum Ergebnis beitragen.

So geht es

1. Suchen Sie vor der Antragstellung Ihre **Hausarztpraxis** auf und lassen Sie Kopien der dort vorliegenden, aktuellen medizinischen Unterlagen (Befunde von Fachärzten, Reha-, Krankenhausberichte, Gutachten, Therapieberichte, usw.) fertigen. Alle uns bekannten Hausärzte sind bereits über das neue Verfahren informiert.
Ein Befundbericht des Hausarztes braucht zunächst nicht erstellt werden.
2. Lassen Sie den **Abrechnungsvordruck** für die Kopierkosten (siehe Rückseite) vollständig ausfüllen.
3. Mit Ihrer Unterschrift auf der Abrechnung bestätigen Sie den Erhalt der Kopien.
4. Schicken Sie die Unterlagen und die Abrechnung **zusammen** (gleichzeitig) mit dem ausgefüllten Antrag an die für Sie zuständige Regionalstelle.
5. Nach Eingang der Unterlagen erstatten wir Ihrem Hausarzt die entstandenen Kopierkosten auf das von ihm angegebene Konto.
6. Falls wir für die Entscheidung **weitere** Unterlagen (z. B. einen aktuellen Befundbericht Ihres Hausarztes, eines Facharztes oder Unterlagen einer weiteren Stelle) benötigen, fordern wir diese **von Amts wegen** entsprechend Ihrer Einwilligungserklärung **selbst unmittelbar** an.

Wichtige Hinweise

- ▶ Die Regelung gilt nur für Ihre **Hausarztpraxis**, damit Unterlagen nicht doppelt eingehen.
- ▶ Schicken Sie die Unterlagen und die Rechnung **gleichzeitig** mit dem Antrag ein. So werden doppelte Anforderungen durch unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vermieden.
- ▶ Die Unterlagen **dürfen nicht älter als zwei Jahre** sein. Unterlagen, die nur alte Befunde zu den Gesundheitsstörungen enthalten, können wir nicht verwerten und daher nicht erstatten.
- ▶ Die Kopierkosten können nur an den **Hausarzt** und nur dann erstattet werden, wenn **tatsächlich ein Antrag** gestellt wird. Andernfalls fehlt die Rechtsgrundlage für die Zahlung.
- ▶ Das Verfahren ist nicht bei Widersprüchen und Nachprüfungen anwendbar.

Vorteile

- ✓ Sie können die Unterlagen, die Sie uns vorlegen, selbst einsehen, auch Kopien für sich fertigen.
- ✓ Sind die von Ihnen mitgeschickten Unterlagen ausreichend, können wir mit Hilfe unseres Ärztlichen Dienstes in der Regel **innerhalb von vier Wochen** über den Antrag entscheiden.
- ✓ Die bereits vorliegenden Unterlagen erleichtern uns weitere Rückfragen und Ermittlungen.
- ✓ Falls eine weitere Anforderung erforderlich ist, hat Ihr Arzt bereits Kenntnis von Ihrem Antrag. In den meisten Fällen muss der Hausarzt jedoch nicht mehr tätig werden.
- ✓ Sie tragen zur Vollständigkeit der Unterlagen, die für die Feststellung nötig sind, bei.

Noch ein Hinweis:

Sie haben nach § 630 g BGB Anspruch auf Anfertigung und Herausgabe von Kopien Ihrer ärztlichen Unterlagen; dies darf grundsätzlich nicht verweigert werden.

Für Ihre freiwillige Unterstützung bedanken wir uns schon vorab ganz herzlich.

Ihr ZBFS – Versorgungsamt

Zusammen mit dem Antrag zurück an:

Nur vom Versorgungsamt auszufüllen	
Haushaltsjahr:	
Buchungsstelle:	10 20 / 536 01
HÜL-Nr.:	

Vom Patienten auszufüllen		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Aktenzeichen (falls vorhanden):		

Ich bestätige den Erhalt der nachstehend genannten Anzahl von Kopien.
Eine Kostenerstattung ist nur möglich, wenn tatsächlich Antrag gestellt wird und alle erhaltenen Kopien zusammen mit der Rechnung bei Antragstellung vorgelegt werden. Das Verfahren ist nicht anwendbar im Widerspruchsverfahren.

Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller
-------	--

Vom Arzt auszufüllen		
Rechnungs-Nr.:		
BSNR:	(bitte nicht vergessen)	
LANR:	(bitte nicht vergessen)	
Folgende Unterlagen der letzten zwei Jahre wurden in Kopie ausgehändigt.		
Anzahl der Seiten	(Jede Seite wird mit 0,50 Euro abgerechnet, ab Seite 51 mit 0,15 €.)	Betrag in Euro
	Kopien (bis 50 Seiten) zu je	*0,50 €
	Kopien (ab Seite 51) zu je	*0,15 €
	Insgesamt	

☐ Kontoverbindung bereits bekannt

☐ Ich bitte um Kostenerstattung auf folgendes Konto

Name der Bank	
Kontoinhaber	
IBAN	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; bottom: 0; left: 0; border-left: 1px dotted black; border-right: 1px dotted black;"></div> </div>
BIC	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; bottom: 0; left: 0; border-left: 1px dotted black; border-right: 1px dotted black;"></div> </div>

Datum _____ Unterschrift und Stempel des Arztes _____

Nur vom Versorgungsamt auszufüllen	
Kopien bestätigt: _____ (Handzeichen)	sachlich und rechnerisch richtig mit _____ Euro



Hinweis zum Datenschutz

Für dieses Formular ist das **Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS)** verantwortlich. Sie können auf den folgenden Wegen mit dem ZBFS Kontakt aufnehmen:

- mit der Post: Zentrum Bayern Familie und Soziales, 95440 Bayreuth
- per Telefon 0921 605-03
- per Telefax 0921 605 3903
- per E-Mail: Poststelle@zbfs.bayern.de

Mit dem behördlichen **Datenschutzbeauftragten** des ZBFS können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

- mit der Post: Zentrum Bayern Familie und Soziales, Datenschutzbeauftragter, 95440 Bayreuth
- per Telefon: 0921 605-3200
- per Telefax: 0921 605-3922
- per E-Mail: Datenschutzbeauftragter@zbfs.bayern.de

Die Angaben in diesem Formular brauchen wir, um Ihren Antrag auf Feststellung einer Behinderung und eines Grades der Behinderung zu bearbeiten. Die Rechtsgrundlage dafür ist § 152 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch -.

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, können wir Ihren Antrag aber möglicherweise nicht richtig bearbeiten. Das könnte dazu führen, dass der Grad der Behinderung nicht in der richtigen Höhe festgestellt wird.

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir in elektronischer Form in einem staatlichen Rechenzentrum des Freistaates Bayern. Möglicherweise werden wir einen Arzt außerhalb des ZBFS beauftragen, ein Gutachten über Ihren Gesundheitszustand zu erstellen. Er erhält dann Ihre Akte und ist zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet

Wir speichern Ihre Daten nur solange wir sie benötigen. Die Daten werden daher zwei Jahre nach Eintritt eines der folgenden Ereignisse gelöscht: bestandskräftige Ablehnung des Antrags, dauerhafter Wegzug ins Ausland, Tod, anderweitige Erledigung des Antrags. Falls Sie nach dem Bundesversorgungsgesetz oder einem Gesetz, das auf das Bundesversorgungsgesetz verweist (z. B. Opferentschädigungsgesetz oder Infektionsschutzgesetz), oder nach dem

Bayerischen Blindengeldgesetz anspruchsberechtigt sind, gelten die dortigen Löschfristen.

Sie haben folgende Rechte:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns eine **kostenlose Kopie** dieser Daten verlangen.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.

Sie können sich über uns beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz **beschweren**.

Zur Bearbeitung Ihres Antrags werden wir andere **Personen und Stellen** um Übermittlung von Daten bitten, und zwar werden wir die Ärzte und sonstigen Stellen, die Sie in diesem Antrag angegeben haben, anschreiben. Wir werden sie um Übersendung von Befundberichten über die Gesundheitsstörungen bitten, die Sie in diesem Antrag angegeben haben.

Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen.