



Einfacher und schneller!
Antrag online stellen unter:
www.zbfs.bayern.de

Postanschrift der Regionalstellen: siehe Mantelbogen - Seite 2

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder in Blockschrift ausfüllen

Antrag auf Feststellung einer Behinderung
nach § 152 SGB IX
(Erst- oder Verschlimmerungsantrag)

A Angaben zur antragstellenden Person	
A1	Aktenzeichen des ZBFS (wenn Sie schon einmal einen Antrag bei uns gestellt haben):
	Nachname (surname, nom)
A2	Vorname (first name, prénom)
	abweichender Geburtsname, frühere Namen
	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe (§ 22 Abs. 3 PStG)
	Geburtsdatum
A3	Straße, Hausnummer
	PLZ, Ort
	Staatsangehörigkeit: <small>Bei Staatsangehörigkeit außerhalb eines Mitgliedstaates der EU/EWR: Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Aufenthaltstitels bei. Eine Kopie Ihres Reisepasses benötigen wir nicht.</small>
A4	Sind sie erwerbstätig (freiwillige Angabe)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
A5	Für Grenzarbeitnehmer: Name und Anschrift des Arbeitgebers:
A6	Wenn Sie den Steuerfreibetrag für behinderte Menschen bei der Einkommensteuer in Anspruch nehmen wollen, müssen wir den Grad der Behinderung und etwaige Merkzeichen elektronisch an das für Sie zuständige Finanzamt übermitteln. Wenn Sie das möchten, geben Sie bitte Ihre Steuer-ID an: Steuer-ID
Bei Minderjährigen: gesetzlicher Vertreter	
A7	Name des gesetzlichen Vertreters
	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe (§ 22 Abs. 3 PStG)
	Straße, Hausnummer
	Vorname
bevollmächtigte Vertreter und Betreuer	
Art der Vertretung <input type="checkbox"/> bevollmächtigter Vertreter <small>(bitte Vollmacht vorlegen)</small> <input type="checkbox"/> gerichtlich bestellter Betreuer <small>(bitte Betreuerausweis in Kopie vorlegen)</small>	
Bei Betreuung: Die Bestellung als Betreuer gilt bis:	
Name des Vertreters/Betreuers	
Vorname	
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe (§ 22 Abs. 3 PStG)	
Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	



B Antragsziele

- B1** Der Grad der Behinderung (GdB) wird in der Höhe festgestellt, die sich aus Ihrer Behinderung ergibt. Wenn Sie dazu eine konkrete Erwartung haben, können Sie diese hier angeben: **Ich erwarte einen GdB von mindestens** .
- B2** Besondere Beeinträchtigungen wegen der Behinderung können durch Merkzeichen auf dem Schwerbehindertenausweis nachgewiesen werden. Bitte teilen Sie uns solche Beeinträchtigungen mit. Wir werden dann prüfen, ob das Merkzeichen eingetragen werden kann.
- G** Zu Fuß kann ich längere Strecken (übliche Wegstrecken im Ortsverkehr) nur mit großen Schwierigkeiten oder gar nicht zurücklegen.
- aG** Auch wenn ich nur wenige Schritte gehen möchte, brauche ich fremde Hilfe oder muss mich sehr anstrengen.
- aG** Ich kann nicht gehen, bin ständig auf einen Rollstuhl angewiesen.
- B** Ich kann öffentliche Verkehrsmittel nur mit Hilfe einer Begleitperson benutzen.
- H** Bei der Bewältigung des Alltags brauche ich ständig Hilfe (z. B. beim Anziehen, Essen, Duschen, Toilettengang).
- RF** Ich bin stark sehbehindert (GdB mindestens 60 alleine wegen der Sehbehinderung).
- BI** Ich bin auf beiden Augen blind.
- RF** Ich bin so stark hörbehindert, dass ich mich auch mit Hörhilfen nicht ausreichend verständigen kann.
- GI** Ich bin gehörlos.
- TBI** Ich bin taubblind.
- RF** Ich bin praktisch an die Wohnung gebunden, d. h. ich kann sie auch mit Begleitperson und Rollstuhl kaum noch in zumutbarer Weise verlassen.

C Gesundheitsstörung(en)/Behinderung(en)

C1 Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bzw. Behinderungen machen Sie geltend, die mindestens sechs Monate andauern?

Wenn es sich um einen Verschlimmerungsantrag handelt (d. h. wenn Sie von uns früher bereits einen Bescheid erhalten haben) müssen Sie nur die Gesundheitsstörungen angeben, die sich verschlimmert haben oder die neu hinzugekommen sind.

In diesem Fall geben Sie bitte in die Spalte **V/N** bei verschlimmerten Gesundheitsstörungen ein **V (für verschlimmert)** und bei neuen Gesundheitsstörungen ein **N (für neu)** an.

Wenn es sich um den ersten Antrag handelt, ist in der Spalte V/N keine Eintragung zu machen.

	V/N	Ursache der Behinderung
Nr. 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nr. 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nr. 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nr. 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nr. 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nr. 6	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nr. 7	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nr. 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nr. 9	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nr. 10	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C2 Ursache der Behinderung (die jeweilige Ziffer bitte in die Kästchen eintragen)

01 = angeborene Ursache

04 = Verkehrsunfall

06 = sonstiger Unfall

09 = sonstige Krankheit (auch Impfschaden)

02 = Arbeitsunfall/Berufskrankheit

05 = häuslicher Unfall

07 = Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung oder Folge einer Gewalttat

10 = sonstige Ursache



D Ausschluss von Gesundheitsstörungen

D1 Folgende Gesundheitsstörungen sollen nicht berücksichtigt werden:

E Weitere Angaben

E1	Bei Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit): Führen Sie ein Blutzuckertagebuch oder ähnliche Aufzeichnungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte beifügen)
	Bei Migräne/Kopfschmerzen: Führen Sie einen Migränekalender bzw. ein Kopfschmerztagebuch?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte beifügen)
	Bei sonstigen Schmerzen: Führen Sie ein Schmerztagebuch?	<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: Ich benutze folgende Gehhilfen: <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Gehstock / Unterarmgehstütze Wie häufig nutzen Sie diese Gehhilfen: <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> selten		
E2	Bei Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung: Beantragen Sie auch Blindengeld?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

F Ärztliche Behandlungen zu C (in den letzten zwei Jahren)

F1 Name und Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes:

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

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte	Fachgebiet	zu Nr. (siehe C)	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

Krankenhaus- und Reha-Behandlung(en) in den letzten zwei Jahren:

Name und Anschrift der Klinik Abteilung/Station/Chef-/Stationsarzt	zu Nr. (siehe C)	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



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:

G Verfahren bei anderen Stellen

G1 Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung

- kein Antrag gestellt
 Antrag wurde abgelehnt
 Antrag läuft noch, Untersuchung am _____
 Rente wurde bewilligt ab _____

Wenn Antrag gestellt wurde: Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers:

Versicherungsnummer: _____

Leistungen der Pflegekasse/-versicherung

- kein Antrag gestellt
 Antrag wurde abgelehnt
 Antrag läuft noch, Untersuchung am _____
 Pflegegrad _____ ab _____

Wenn Antrag gestellt wurde: Name und Anschrift der Pflegekasse/-versicherung :

Versicherungsnummer: _____

Antrag bei Versorgungsamt in anderem Bundesland, bei gesetzlichem Unfallversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft), österreichischem Sozialministeriumsservice

Name und Anschrift der Stelle: _____

Bescheid vom _____ Aktenzeichen _____ ggf. Tag des Unfalls: _____

Minderung der Erwerbsfähigkeit / Grad der Schädigungsfolgen: _____

Gerichtliche Bestellung eines Betreuers

- Es wurde ein Betreuungsgutachten erstellt beim Amtsgericht _____ im Jahr _____

G2 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)?

Name, Anschrift: _____

Aktenzeichen _____ Jahr der Feststellung _____



H Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises

Beträgt der Grad der Behinderung 50 oder mehr, stellen wir Ihnen einen Schwerbehindertenausweis aus. Wenn Sie keinen Ausweis benötigen, teilen Sie uns das bitte hier mit:

Ich verzichte auf die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises.

I Passfoto für den Schwerbehindertenausweis

Für den Schwerbehindertenausweis benötigen wir ein aktuelles Passfoto. (Ausnahme: Für Kinder unter zehn Jahren ist kein Foto im Ausweis erforderlich.)

Das Foto muss folgende Eigenschaften aufweisen:

- Größe 35 x 45 mm im Hochformat
- einfarbiger, heller Hintergrund (keine Möbel, Gebäude o. ä. im Hintergrund).
- keine weiteren Personen oder Gegenstände im Foto
- Kopfbedeckungen sind nur aus religiösen Gründen erlaubt.

Bitte kennzeichnen Sie das Foto auf der Rückseite mit Vor- und Nachnamen und Geburtsdatum.

Wenn Sie in einem früheren Verfahren der letzten fünf Jahre mit der Fotospeicherung einverstanden waren, benötigen wir kein neues Passfoto.

Das mitgeschickte Foto wird nach Abschluss dieses Verfahrens aus datenschutzrechtlichen Gründen vernichtet.

Wir bieten Ihnen aber die Möglichkeit an, das Foto weitere fünf Jahre zu speichern. Anschließend wird es automatisch gelöscht. Dies hat für Sie den Vorteil, dass Sie kein neues Passfoto einsenden müssen, wenn wir Ihnen in dieser Zeit einen neuen Schwerbehindertenausweis ausstellen (z. B. aufgrund eines Verschlimmerungsantrags).

Ich bin damit einverstanden, dass mein Foto fünf Jahre lang gespeichert wird.

nein ja

J Beizufügende Unterlagen (zur Beschleunigung Ihres Verfahrens)

- 2 unterschriebene Einwilligungserklärungen (Schweigepflichtentbindung)
- Vollmacht (wenn Antrag durch bevollmächtigten Vertreter gestellt)
- Betreuerausweis in Kopie (wenn Antrag durch Betreuer gestellt)
- Passfoto (siehe dazu oben Abschnitt I)
- Reisepass/Aufenthaltstitel in Kopie (nur wenn Staatsangehörigkeit nicht EU, Island, Liechtenstein, Norwegen)

Wenn Sie medizinische Unterlagen beifügen, die Ihnen vorliegen, können Sie das Verfahren damit beschleunigen.

Die Unterlagen sollten nicht älter als zwei Jahre sein. Bitte legen Sie nur Kopien bei, da wir die Unterlagen nicht zurückschicken. Benötigen wir weitere Unterlagen, fordern wir diese entsprechend der erteilten Einwilligungserklärung von der jeweiligen Stelle selbst an.

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

- Hausarztbefundbericht
- Facharztbefundbericht(e)
- Krankenhausbericht
- Reha-Entlassungsbericht
- Pflegegutachten
- Rentengutachten
- Betreuungsgutachten
- Gutachten der Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft)
- Sehtest (nur bei Sehschwäche)
- Sprachaudiogramm des Hörgeräteakustikers (nur bei Schwerhörigkeit)
- Migränekalender/Kopfschmerztagebuch



- sonstiges Schmerztagebuch
- Blutzuckertagebuch (bei Diabetes). Wenn Sie ein automatisches Blutzuckermessgerät nutzen: Wir benötigen Tagesdiagramme über einen Zeitraum von 2-3 Monaten mit dem grafischen Blutzuckerverlauf eines jeden Tages, vor allem mit den maximalen Blutzucker-Abweichungen und den täglich verabreichten Insulinmengen (Umfang etwa 30 Blätter).
- sonstige medizinische Unterlagen
-

K Einwilligungserklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigefügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich:

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe (Ärzte, Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, Psychologen, Psychotherapeuten, private Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträger einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste, Gerichten, Behörden usw.) im erforderlichen Umfang Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort dazu vorliegenden Unterlagen bezieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Personen oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Personen 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. 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.

L Erklärung

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.

M Unterschrift

Datum _____

Unterschrift _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antragsteller | <input type="checkbox"/> bevollmächtigter Vertreter |
| <input type="checkbox"/> gesetzlicher Verteter | <input type="checkbox"/> Betreuer |

Bitte vergessen Sie nicht, die beiden Einwilligungserklärungen auf der nächsten Seite zu unterschreiben.





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

Vor- und Nachname
des Antragstellers: _____
Anschrift: _____

Aktenzeichen

Erklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigefügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich:
Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe (Ärzte, Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, Psychologen, Psychotherapeuten, private Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträger einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste, Gerichten, Behörden usw.) im erforderlichen Umfang Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort dazu vorliegenden Unterlagen bezieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Personen oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Personen 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.
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.

Datum

Unterschrift

Antragsteller gesetzlicher Verteter Betreuer Vorsorgevollmacht o. ä.



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

Vor- und Nachname
des Antragstellers: _____
Anschrift: _____

Aktenzeichen

Erklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigefügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich:
Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe (Ärzte, Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, Psychologen, Psychotherapeuten, private Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträger einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste, Gerichten, Behörden usw.) im erforderlichen Umfang Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort dazu vorliegenden Unterlagen bezieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Personen oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Personen 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.
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.

Datum

Unterschrift

Antragsteller gesetzlicher Verteter Betreuer Vorsorgevollmacht o. ä.

