

A N T R A G**nach dem Schwerbehindertenrecht**

§ 152 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)

- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen -

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen bzw. streichen**1 Antragsstellung und Antragsinhalt****1.1 An die für das Feststellungsverfahren zuständige kommunale Schwerbehindertenstelle**

Kreis / kreisfreie Stadt / Verbund

Kreisverwaltung Siegburg
Kaiser-Wilhelm-Platz 1
53721 Siegburg

Eingangsstempel

- Erstantrag**
- Änderungsantrag**
- zur Feststellung eines - höheren - Grades der Behinderung (GdB)
- zur Feststellung von - weiteren - Merkzeichen

Haben Sie bereits früher einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt?

 Ja
bei der folgenden Stelle

dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen

 Nein**1.2 Ausweis**

-
- Ich beantrage die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises.

1.3 Merkzeichen

-
- Ich beantrage die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für folgende Merkzeichen

 G **aG** **B** **RF** **TBI** **H** **1.KI** **BI** **GI***Bitte beachten Sie die Erläuterungen zu 1 auf Seite 7.***1.4 Rückwirkende Feststellung**

- Ich beantrage eine rückwirkende Feststellung ab dem _____ Datum
- wegen Steuer Rente _____

*Bitte beachten Sie die Erläuterungen zu 1 auf Seite 7.***WICHTIGE HINWEISE**

*Bitte füllen Sie den Antragsvordruck sorgfältig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift - aus.
Beachten Sie hierbei bitte auch die Erläuterungen ab Seite 7 dieses Vordrucks und vergessen Sie nicht,
die **Erklärungen unter Ziffer 11** auf der Seite 5 des Antrages*

***zu unterschreiben** ().*

Wenn sich Unterlagen über Ihren Gesundheitszustand (z.B. ärztliche Berichte und Gutachten, Pflege- und Betreuungsgutachten, Reha-Abschlussberichte) 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.

2	Angaben zur Person, zu gesetzlichen Vertretern, Betreuern und Bevollmächtigten		
2.1	Angaben zur Person		
	Name der antragstellenden Person	Vorname	Geburtsname
	geboren am	Geburtsort	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
	Geburtsstaat	Staatsangehörigkeit	<i>Bitte beachten Sie die Erläuterungen zu 2 auf Seite 7.</i>
	<i>Für Staatsangehörige eines Nicht-EU-Mitgliedsstaates: Bitte fügen Sie eine Kopie des Aufenthaltstitels bei.</i>		
	Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefonnummer (Angabe freiwillig)
	Sind Sie erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Bitte beachten Sie die Erläuterungen zu 2 auf Seite 7.</i>
	<i>Bei Wohnsitz im Ausland und Arbeitsplatz in Deutschland: Bitte fügen Sie eine Bescheinigung des jetzigen Arbeitgebers bei.</i>		
	Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig) der antragstellenden Person		
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 0 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 0 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;"><i>Die Angabe der eigenen persönlichen Steuer-ID ist zwingend erforderlich, um einen Behindertenpauschbetrag bei der steuerlichen Veranlagung geltend machen zu können. Auch für Minderjährige ist immer deren eigene Steuer-ID anzugeben und nicht z.B. die des gesetzlichen Vertreters/Elternteils. 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.</i></p>		
2.2	minderjährige Antragstellende unter 15 Jahren		
	Name des 1. Elternteils	Vorname des 1. Elternteils	Sorgerecht? <input type="checkbox"/> Ja
	Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefonnummer (Angabe freiwillig)
	Name des 2. Elternteils	Vorname des 2. Elternteils	Sorgerecht? <input type="checkbox"/> Ja
	Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefonnummer (Angabe freiwillig)
	2.3 andere gesetzliche Vertretung, Bevollmächtigung		
Name	Vorname	Telefonnummer (Angabe freiwillig)	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
<i>Bitte fügen Sie eine Vollmacht bzw. eine Kopie der Bestellungsurkunde oder eine Kopie des Betreuungsausweises bei.</i>			
3	Angaben zu Ihrer Krankenkasse		
Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
<i>Diese Angaben sind für die Anforderung von Befundberichten von den von Ihnen nachfolgend angegebenen Ärzten erforderlich.</i>			

4	Angaben zu einer anderweitigen Feststellung (MdE/GdS)							
4.1	<p>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</p> <p>einer Berufsgenossenschaft (z.B. wegen eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>einem Versorgungsamt, einem Landschaftsverband oder einer Behörde der Bundeswehrverwaltung (z.B. wegen einer Schädigung als Soldat oder Gewaltopfer)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>einer anderen Dienststelle (z.B. Landesamt, Wehrbereichsgebührensamt)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p style="text-align: center;"><i>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.</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">zuständige Stelle</td> <td style="width: 50%;">dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen</td> </tr> <tr> <td>Straße, Hausnummer</td> <td>PLZ, Ort</td> </tr> <tr> <td>ggf. Datum des Bescheides</td> <td>ggf. Tag der Schädigung/des Unfalls</td> </tr> </table>		zuständige Stelle	dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	ggf. Datum des Bescheides	ggf. Tag der Schädigung/des Unfalls
zuständige Stelle	dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen							
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort							
ggf. Datum des Bescheides	ggf. Tag der Schädigung/des Unfalls							
4.2	<p>Möchten Sie über die vorgenannte anderweitige Feststellung (Ziffer 4.1) hinaus weitere Gesundheitsstörungen oder eine Verschlimmerung bereits festgestellter Beeinträchtigungen geltend machen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <i>Bitte weiter mit Nr. 5 ff.</i> <input type="checkbox"/> Nein <i>Bitte weiter mit Nr. 10 ff.</i></p>							
5	Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen							
<p><i>Lesen Sie bitte vorher die Erläuterungen zu 5 auf Seite 7. 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.</i></p>								
Gesundheitsstörungen		Ursache (Ziffer)						
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
mögliche Ursachen	01 angeboren 02 Arbeitsunfall oder Berufskrankheit 03 Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall 04 häuslicher Unfall	06 sonstiger Unfall 07 Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung 09 sonstige Krankheit (auch Impfschaden ohne Berufskrankheit) 10 sonstige Ursache oder mehrere Ursachen						

6	Angaben zu Ihren ärztlichen Behandlungen zu 5 (in den letzten 2 Jahren)		
6.1	Hausarzt		
	Name der Praxis	Name des behandelnden Arztes	
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	
6.2	Fachärzte		
	<p><i>Sie können die Dauer des Verfahrens beeinflussen. Fragen Sie bitte bei Ihrem Hausarzt nach, von welchen nachstehenden Fachärzten und Kliniken aktuelle Berichte (nicht älter als 2 Jahre) vorliegen und bitten Sie Ihren Hausarzt darum, diese Unterlagen auf Anfrage der zuständigen Stelle mit einzusenden. Soweit Unterlagen eines Facharztes oder einer Klinik bereits bei Ihrem Hausarzt vorliegen, kreuzen Sie bitte unten jeweils „Ja“ an. Berichte von Augen- und HNO-Ärzten werden der zuständigen Stelle gesondert angefordert.</i></p>		
	Facharzt 1		
	Name der Praxis	Name des behandelnden Arztes	
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Unterlagen beim Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Facharzt 2		
	Name der Praxis	Name des behandelnden Arztes	
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Unterlagen beim Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Facharzt 3		
	Name der Praxis	Name des behandelnden Arztes	
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Unterlagen beim Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Facharzt 4			
Name der Praxis	Name des behandelnden Arztes		
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort		
Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Unterlagen beim Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Facharzt 5			
Name der Praxis	Name des behandelnden Arztes		
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort		
Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Unterlagen beim Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<i>Für weitere Fachärzte fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.</i>			

7	Angaben zu Ihren Krankenhausbehandlungen zu 5 (in den letzten 2 Jahren)		
	Name der Klinik		Fachgebiet
	Abteilung / Station	Behandlung (von - bis)	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Unterlagen beim Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Name der Klinik		Fachgebiet
	Abteilung / Station	Behandlung (von - bis)	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Unterlagen beim Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8	Angaben zu Rehabilitationsverfahren/Kuren zu 5 (in den letzten 2 Jahren)		
	Name der Klinik		Fachgebiet
	Abteilung / Station	Behandlung (von - bis)	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Unterlagen beim Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt
	dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen	Pflegegrad	Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
	Landschaftsverband (Blindengeld, Hilfe für Gehörlose)		Ich erhalte Leistungen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt
	dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
	Gericht (u.a. Betreuungsgutachten)		Ein Gutachten liegt vor. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt
	dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
	Agentur für Arbeit		Ein Gutachten liegt vor. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
	Gesundheitsamt		Ein Gutachten liegt vor. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
	Rentenversicherungsträger		Ein Gutachten liegt vor. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt
	dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
<i>Sofern Ihnen die hier angegebenen Gutachten selbst vorliegen, fügen Sie diese bitte in Kopie Ihrem Antrag bei.</i>			

10	Erklärungen				
10.1	<p>Schweigepflichtentbindung</p> <p>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 (einschl. des sich ggf. anschließenden Vorverfahrens) von den zuvor von mir benannten Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, Kliniken/ Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Trägern der Sozialversicherung, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Behörden, Gerichten sowie von den sonstigen von mir benannten Stellen (s. Ziffer 9) Auskünfte einholt und Unterlagen bezieht 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.</p> <p>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.</p> <p>Diese Einverständniserklärung schränke ich wie folgt ein:</p> <hr/> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> • beauftragten Gutachtern zur medizinischen Beurteilung, • anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben sowie • den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit <p>übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr.1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann.</p>				
10.2	<p>Lichtbild</p> <p>Mit der dauerhaften Speicherung meines Lichtbildes bin ich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein einverstanden.</p> <p>Mit der Weitergabe meines Lichtbildes – einschl. der erforderlichen Daten – zur Ausweisausstellung an den externen Druckdienstleister bin ich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein einverstanden.</p>				
10.3	<p>Datenübermittlung an die Finanzverwaltung</p> <p>Mit der Übermittlung der zur Inanspruchnahme des Behindertenpauschbetrages erforderlichen Daten an die Finanzverwaltung bin ich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein einverstanden.</p>				
10.4	<p>Unterschriften</p> <p style="text-align: center;"><i>Unterschrift der antragstellenden Person, des gesetzlichen Vertreters, des Betreuers oder des Inhabers einer entsprechenden Vollmacht (Vorsorgevollmacht)</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Datum</td> <td>Unterschrift </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><i>Bei Minderjährigen unter 15 Jahren bitte Unterschriften aller sorgeberechtigten Personen!</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Datum</td> <td>Unterschrift </td> </tr> </table>	Datum	Unterschrift 	Datum	Unterschrift
Datum	Unterschrift 				
Datum	Unterschrift 				
11	<p>Anlagen zum Antrag</p> <p><input type="checkbox"/> aktuelles Lichtbild (mit meinem Namen auf der Rückseite) -nur erforderlich ab Vollendung des 10. Lebensjahres für die Ausstellung eines Ausweises- Sie können das Lichtbild auch digital übermitteln, siehe „Online-Services“ auf Seite 8 dieses Antrages.</p> <p><input type="checkbox"/> aktueller Aufenthaltstitel <input type="checkbox"/> Ergänzungsbogen/weitere Unterlagen</p>				

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.

E R L Ä U T E R U N G E N

zum Ausfüllen des Antragsvordrucks SB 5/26a

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

Sollten Sie Fragen zum Antrag haben, wenden Sie sich bitte an die für Sie zuständige kommunale Schwerbehindertenstelle. Die Kontaktdaten finden Sie in der Anlage zu diesem Antrag. Sofern der im Antragsvordruck vorgesehene Raum nicht ausreicht, führen Sie bitte Ihre Angaben auf einem gesonderten Blatt fort.

zu 1	<p>Tragen Sie hier bitte die für Ihren Wohnort zuständige kommunale Schwerbehindertenstelle ein. Zuständigkeitsbereiche und Kontaktdaten finden Sie auf dem Einlegeblatt.</p> <p>Wenn Sie der Auffassung sind, dass gesundheitliche Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen bei Ihnen vorliegen und sie die Feststellung von Merkzeichen wünschen, kreuzen Sie bitte jeweils das entsprechende Kästchen an. Erläuterungen zu den Merkzeichen finden Sie im Merkblatt SB 6 zu diesem Antrag.</p> <p>Sofern Sie ein besonderes Interesse (z.B. steuerliche Gründe) an der Feststellung haben, dass ein Grad der Behinderung oder Merkzeichen schon zu einem Zeitpunkt vor der Antragstellung vorgelegen haben, tragen Sie bitte das entsprechende Datum ein und geben Sie den Grund an.</p>								
zu 2	<p>Bei ausländischen oder staatenlosen Menschen wird zum Nachweis des rechtmäßigen Aufenthalts eine Bescheinigung der zuständigen Ausländerbehörde oder eine beglaubigte Kopie des Passes benötigt; bei Kindern unter 16 Jahren die genannten Unterlagen eines Erziehungsberechtigten.</p> <p>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. 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 mit der für Sie zuständigen kommunalen Schwerbehindertenstelle in Verbindung zu setzen, um Möglichkeiten, das Verfahren zu beschleunigen, wahrnehmen zu können. Die Kontaktdaten finden Sie auf dem Einlegeblatt.</p> <p>Für die Inanspruchnahme des Behinderten-Pauschbetrages (Höhe des GdB, Merkzeichen, etc.) werden die Daten durch die Schwerbehindertenstelle elektronisch an die Finanzverwaltung übermittelt. 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. Seit 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, muss daher zwingend die persönliche Steuer-Identifikationsnummer angegeben werden!</p>								
zu 4	<p>Wenn eine andere Stelle eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder einen Grad der Schädigung (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 möchten, dass Gesundheitsstörungen festgestellt werden, die von der anderen Stelle bisher nicht berücksichtigt wurden, machen Sie bitte weitere Angaben ab Nr. 5.</p>								
zu 5	<p>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.</p> <p>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 <u>formlos auf einem gesonderten Blatt</u> vor.</p>								
zu 6	<p>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.</p> <p>Beispiel:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Name <i>Dr. Inge Heilsam</i></td> <td style="width: 33%;">Straße, Hausnummer <i>Musterstraße 55</i></td> <td style="width: 33%;">PLZ, Ort <i>99999 Musterdorf</i></td> </tr> <tr> <td>Fachgebiet <i>Orthopädie</i></td> <td>letzte Behandlung (Monat/Jahr) <i>11/2026</i></td> <td>Unterlagen beim Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein</td> </tr> </table>			Name <i>Dr. Inge Heilsam</i>	Straße, Hausnummer <i>Musterstraße 55</i>	PLZ, Ort <i>99999 Musterdorf</i>	Fachgebiet <i>Orthopädie</i>	letzte Behandlung (Monat/Jahr) <i>11/2026</i>	Unterlagen beim Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein
Name <i>Dr. Inge Heilsam</i>	Straße, Hausnummer <i>Musterstraße 55</i>	PLZ, Ort <i>99999 Musterdorf</i>							
Fachgebiet <i>Orthopädie</i>	letzte Behandlung (Monat/Jahr) <i>11/2026</i>	Unterlagen beim Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein							
zu 7	<p>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.</p>								
zu 8	<p>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.</p>								

**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 nur auf Grundlage der von Ihnen beigelegten medizinischen Unterlagen 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.

Ab dem 01.01.2026 werden die **Pauschbeträge nach dem Behindertenpauschbetragsgesetz** bei Erst- oder Neufeststellungen nur auf Grundlage einer elektronischen Übermittlung der erforderlichen Daten durch die Schwerbehindertenstellen an die Finanzverwaltung gewährt. Zur Inanspruchnahme des Behindertenpauschbetrages bei der steuerlichen Veranlagung ist daher die Angabe Ihrer Steuer-ID und Ihr Einverständnis zwingend erforderlich. Bitte kreuzen Sie daher „Ja“ an und unterschreiben Sie die Erklärung, sofern Sie einen Behindertenpauschbetrag gegenüber dem Finanzamt geltend machen möchten.

Informationen zum Verfahrensablauf

Wenn dieser ausgefüllte und unterschriebene Antragsvordruck der zuständigen kommunalen Schwerbehindertenstelle vorliegt und die eventuell von Ihnen beigelegten 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 Ihnen hierfür entstandene Aufwendungen (z. B. Portokosten, Kosten für Atteste oder Gutachten) 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 hierüber gesondert benachrichtigt.

Nach Abschluss der Sachverhaltsaufklärung wird unter Berücksichtigung der medizinisch-gutachtlichen Prüfung von der zuständigen kommunalen Schwerbehindertenstelle der Feststellungsbescheid erteilt. Falls die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch festgestellt wird, erhalten Sie anschließend den Schwerbehindertenausweis, sofern bereits ein Lichtbild vorliegt.

Die zuständige kommunale Schwerbehindertenstelle ist bemüht, zeitnah über Ihren Antrag zu entscheiden. Sie wird die angeschriebenen Ärzte und Stellen bitten, die Anfragen beschleunigt zu beantworten und gegebenenfalls an die Bearbeitung erinnern. Es lässt sich aber nicht erzwingen, dass alle erforderlichen Unterlagen ohne Verzögerung übersandt werden. Erfahrungsgemäß nimmt die Sachverhaltsaufklärung 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 digital 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 kommunale Schwerbehindertenstelle unter den in der Eingangsbestätigung mitgeteilten Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung.

Bitte tragen Sie hier ein, dass Sie Unterlagen zum rechtmäßigen Aufenthalt in Kopie mit dem Antrag einreichen. Kreuzen Sie „Ergänzungsbogen/weitere Unterlagen“ an, wenn Sie Ihrem Antrag Vollmachten oder medizinische Unterlagen in Kopie beilegen. Gleiches gilt für den Fall, dass Sie weitere zusätzliche Angaben machen möchten. Nutzen Sie hierfür bitte ein gesondertes Blatt und legen es dem Antrag bei.

Rhein-Sieg-Kreis Versorgungsamt
Kaiser-Wilhelm-Platz 1 | 53721 Siegburg
Tel.: 02241 13-0 | Fax: 02241 13-3210
versorgungsamt@rhein-sieg-kreis.de
rhein-sieg-kreis.de

Sprechzeiten:
Montag, Dienstag, Donnerstag, Freitag 08:00 - 12:00 Uhr
Montag, Donnerstag 14:00 - 16:00 Uhr
Mittwoch ganztägig geschlossen