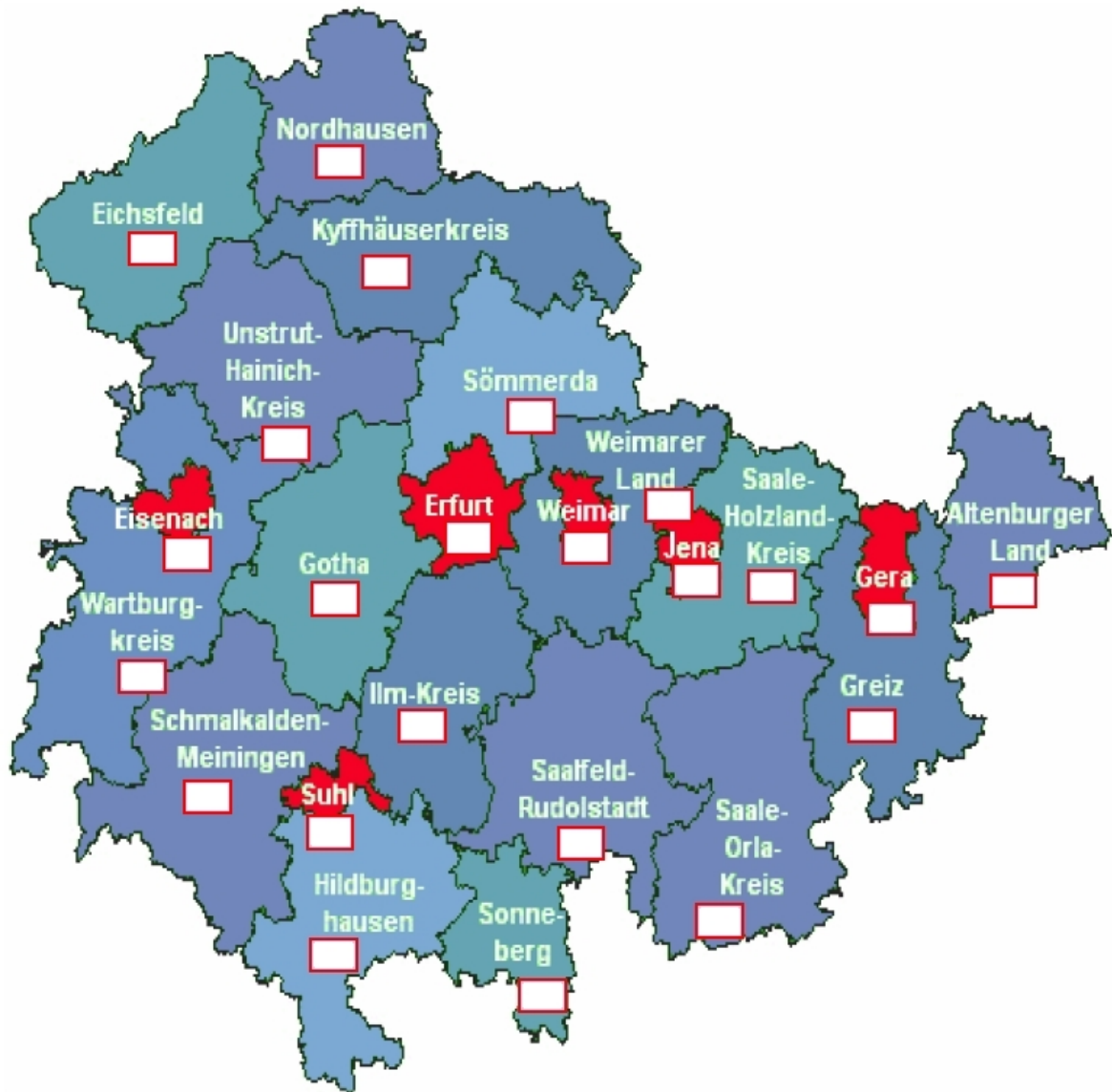


## Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht

gemäß § 69 Neuntem Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)  
– Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) und von Merkzeichen, Ausstellung eines Ausweises –

Bitte wählen Sie als Erstes die für Ihren Wohnort zuständige Stadtverwaltung Ihrer kreisfreien Stadt bzw. das zuständige Landratsamt Ihres Landkreises aus:



Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

bitte füllen Sie den Antragsvordruck sorgfältig und vollständig – möglichst in Druckschrift – aus.

Sie können ihn aber auch am Computer ausfüllen und dann ausdrucken.

Ihre vollständigen Angaben erleichtern die Sachaufklärung, vermeiden Rückfragen und beschleunigen so die Bearbeitung.

Beachten Sie bitte die Hinweise und Tipps im Merkblatt um Antrag und vergessen Sie bitte nicht, den Antrag auf der **Seite 5** zu unterschreiben.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Stadtverwaltung / Ihr Landratsamt

An das Landratsamt / die kreisfreie Stadt

|  |
|--|
|  |
|--|

|                                      |
|--------------------------------------|
| Bitte für amtliche Zwecke freihalten |
| Eingangsstempel                      |

## Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gemäß § 69 Neuntem Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

– Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) und von Merkzeichen, Ausstellung eines Ausweises –

|          |                                                                                                                                                                                                                                                  |         |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>1</b> | <b>Erstantrag</b> Ich habe bisher keinen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt.                                                                                                                                                        |         |
|          | <b>Änderungsantrag</b> Ich habe schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt bei:<br><table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 70%;">Behörde</td><td style="width: 30%;">Aktenzeichen</td></tr></table> | Behörde |
| Behörde  | Aktenzeichen                                                                                                                                                                                                                                     |         |
|          | Besitzen Sie von einem <b>anderen</b> Amt einen Schwerbehindertenausweis?<br>nein                      ja, bitte Kopie beifügen                                                                                                                  |         |
|          | Dieser Antrag soll gleichzeitig als Antrag auf Bewilligung von Landesblindengeld nach dem Thüringer Blindengeldgesetz (ThürBlGG) gelten.                                                                                                         |         |

### Antragstellerin / Antragsteller

|          |                                                                                                                                                                                         |                                                   |                      |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------|
| <b>2</b> | Nachname (ggf. Geburtsname), Vorname                                                                                                                                                    | Geburtsdatum                                      | weiblich    männlich |
|          | Straße, Hausnummer                                                                                                                                                                      | Telefon (tagsüber erreichbar)                     | Telefax              |
|          | PLZ                                                                                                                                                                                     | derzeitiger Wohnsitz (bitte Ortsteil mit angeben) |                      |
| <b>3</b> | Sind Sie zur Zeit erwerbstätig?            ja            nein                                                                                                                           |                                                   |                      |
| <b>4</b> | Staatsangehörigkeit                                                                                                                                                                     |                                                   |                      |
|          | Angehörige eines Staates außerhalb der EU: Bitte legen Sie eine amtliche Bescheinigung der Ausländerbehörde über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Kopie des Aufenthaltstitels vor. |                                                   |                      |

### Bevollmächtigte/r, gesetzliche/r Vertreter/in, Betreuer/in (falls vorhanden)

|                                                                                 |                                              |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>5</b>                                                                        | Nachname, Vorname                            |                               |
|                                                                                 | Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) | Telefon (tagsüber erreichbar) |
| <i>Fügen Sie bitte eine Vollmacht bzw. eine Betreuungsurkunde in Kopie bei!</i> |                                              |                               |

### Feststellungsbeginn

|          |                                                                                                                                                                          |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6</b> | Ich beantrage die Feststellung ab dem Antragseingang.                                                                                                                    |
|          | Aufgrund eines besonderen Interesses beantrage ich eine rückwirkende Feststellung ab<br>wegen Steuer*                      wegen Rente                      oder wegen   |
|          | * Fügen Sie bitte einen Nachweis bei, dass durch die rückwirkende Feststellung konkrete steuerrechtliche Vorteile entstehen (Bescheinigung des zuständigen Finanzamtes). |

## Angaben zu den Gesundheitsstörungen

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>7</b> | Welche Gesundheitsstörungen werden <b>erstmalig</b> als Behinderungen geltend gemacht?<br>Welche Gesundheitsstörungen sind seit der <b>letzten Feststellung</b> hinzugetreten?<br><b>Geben Sie bitte nur Gesundheitsstörungen an, die zu dauernden Funktionsbeeinträchtigungen führen.</b> |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|          | Bezeichnung der Funktionsbeeinträchtigung                                                                                                                                                                                                                                                  | Ursachenschlüssel | Geben Sie bitte zu jeder Beeinträchtigung den jeweiligen Ursachenschlüssel an:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|          | a)                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   | 01 = angeborene Behinderung<br>02 = Arbeitsunfall einschließlich Wege- und Betriebsunfall, Berufskrankheit<br>04 = Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall<br>05 = häuslicher Unfall, soweit nicht Arbeitsunfall<br>06 = sonstiger nicht bezeichneter Unfall<br>07 = anerkannte Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung<br>09 = sonstige Krankheiten einschließlich Impfschaden ohne Berufskrankheit<br>10 = sonstige oder mehrere Ursachen |
|          | b)                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|          | c)                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|          | d)                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|          | e)                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| f)       |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>8</b> | Folgende, bereits festgestellte Behinderungen haben sich seit der <b>letzten</b> Feststellung wesentlich verschlimmert:                                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

## Wurde bereits von anderen Behörden eine Feststellung getroffen? – ggf. Bescheidkopie beifügen

|          |                                                                                                                                                                         |                                          |                                          |           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------|
| <b>9</b> | Unfallversicherungsträger (z.B. Berufsgenossenschaft)                                                                                                                   | ja                                       | nein                                     | beantragt |
|          | Versorgungsverwaltung (Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, SED-Unrechtsbereinigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Thüringer Blindengeldgesetz usw.) | ja                                       | nein                                     | beantragt |
|          | Sonstige (z. B. Leistungen der Pflegekasse)                                                                                                                             | ja                                       | nein                                     | beantragt |
|          | Behörde/Dienststelle – genaue Anschrift –                                                                                                                               | Geschäftszeichen,<br>Versicherungsnummer | Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung? |           |
|          |                                                                                                                                                                         |                                          |                                          |           |
|          |                                                                                                                                                                         |                                          |                                          |           |

## Haben Sie ein besonderes Begehren bezüglich der Feststellung von Merkzeichen? (siehe Merkblatt)

|           |                                                                  |                                             |
|-----------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>10</b> | Insbesondere begehre ich die Feststellung folgender Merkzeichen: |                                             |
|           | G                                                                | gehbehindert                                |
|           | aG                                                               | außergewöhnlich gehbehindert                |
|           | B                                                                | zur Mitnahme einer Begleitperson berechtigt |
|           | H                                                                | hilflos                                     |
|           | Bl                                                               | blind                                       |
|           | Gl                                                               | gehörlos                                    |
|           | RF                                                               | Ermäßigung des Rundfunkbeitrages            |
| TBl       | taubblind                                                        |                                             |

## Folgende Funktionsbeeinträchtigungen sind vom Feststellungsverfahren auszuschließen:

|           |                                                                                                                                                                                     |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>11</b> |                                                                                                                                                                                     |
|           | Beachten Sie bitte, dass diese Funktionsbeeinträchtigung dann bei der Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) und ggf. festzustellender Merkzeichen unberücksichtigt bleiben. |

Geben Sie bitte an, von welchen Ärzten/Kliniken Befundberichte bzw. Unterlagen zu den von Ihnen geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen angefordert werden können. Mit der Erklärung zu Nummer 18 entbinden Sie die Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

**Hausarzt**

|           |                    |         |                              |
|-----------|--------------------|---------|------------------------------|
| <b>12</b> | Nachname, Vorname  |         |                              |
|           | Straße, Hausnummer |         |                              |
|           | PLZ                | Wohnort | Datum der letzten Behandlung |

**Fachärzte** wegen geltend gemachten Behinderungen in den **letzten zwei Jahren** bzw. seit der **letzten Feststellung**

| <b>13</b> | Behandlung von – bis | Name, Anschrift, Fachgebiete | Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung? |
|-----------|----------------------|------------------------------|------------------------------------------|
|           |                      |                              |                                          |
|           |                      |                              |                                          |
|           |                      |                              |                                          |
|           |                      |                              |                                          |
|           |                      |                              |                                          |

**Krankenhausbehandlung** wegen der geltend gemachten Behinderungen in den **letzten zwei Jahren** bzw. seit der **letzten Feststellung**

| <b>14</b> | Behandlung von – bis | Name, Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, ggf. Name des behandelnden Arztes und dessen Fachrichtung | Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung? |
|-----------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
|           |                      |                                                                                                         |                                          |
|           |                      |                                                                                                         |                                          |
|           |                      |                                                                                                         |                                          |
|           |                      |                                                                                                         |                                          |
|           |                      |                                                                                                         |                                          |

**Reha- bzw. Kurbehandlung in den letzten zwei Jahren bzw. seit der letzten Feststellung**

|           |                                          |                                                         |                     |  |
|-----------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------|--|
| <b>15</b> | Behandlung von - bis                     |                                                         |                     |  |
|           | Name der Klinik                          |                                                         |                     |  |
|           | Anschrift der Klinik                     |                                                         |                     |  |
|           | Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung? |                                                         |                     |  |
|           | Name des Kostenträgers                   | (z.B. Deutsche Rentenversicherung, Krankenversicherung) |                     |  |
|           | Anschrift des Kostenträgers              |                                                         |                     |  |
|           | Aktenzeichen                             |                                                         | Versicherungsnummer |  |
|           | Behandlung von - bis                     |                                                         |                     |  |
|           | Name der Klinik                          |                                                         |                     |  |
|           | Anschrift der Klinik                     |                                                         |                     |  |
|           | Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung? |                                                         |                     |  |
|           | Name des Kostenträgers                   |                                                         |                     |  |
|           | Anschrift des Kostenträgers              |                                                         |                     |  |
|           | Aktenzeichen                             |                                                         | Versicherungsnummer |  |

**Krankenkasse**

|           |                                          |  |  |  |
|-----------|------------------------------------------|--|--|--|
| <b>16</b> | Name der derzeitigen Krankenkasse        |  |  |  |
|           | Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) |  |  |  |

**Weitere ärztliche Unterlagen wegen der geltend gemachten Behinderungen in den letzten 2 Jahren bzw. seit der letzten Feststellung**

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                     |  |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|--|
| <b>17</b> | <b>Bei welchen Stellen befinden sich außer den zur Begründung dieses Antrages bereits beigefügten Unterlagen noch weitere, die Behinderung betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw. (z. B. bei der Deutschen Rentenversicherung, Agenturen für Arbeit, Sonderschulen)?</b> |  |                     |  |
|           | Behörde/Dienststelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |  |
|           | Genaue Anschrift                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                     |  |
|           | Geschäftszeichen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Versicherungsnummer |  |
|           | Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                     |  |
|           | Behörde/Dienststelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |  |
|           | Genaue Anschrift                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                     |  |
|           | Geschäftszeichen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Versicherungsnummer |  |
|           | Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                     |  |
|           | Behörde/Dienststelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |  |
|           | Genaue Anschrift                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                     |  |
|           | Geschäftszeichen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Versicherungsnummer |  |
|           | Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                     |  |

**Bitte senden Sie auch Unterlagen ein, die sich in Ihren Händen befinden. Sie können damit zu einer Verkürzung der Bearbeitungsdauer beitragen.**

(Bitte senden Sie, wenn möglich, Kopien ein. Originale werden vom Amt nach erfolgter Auswertung unverzüglich zurückgesandt.)

**Folgende Unterlagen füge ich bei:**

---

---

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung des Grades der Behinderung und von Merkzeichen gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Änderungen des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag eintreten, werde ich der zuständigen Behörde unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

**Unterschrift**

des Antragstellers, gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten, Betreuers

**– Die nachfolgende Einwilligungserklärung bitte unbedingt unterschreiben –**

**18**

### **Einwilligungserklärung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die für das Feststellungsverfahren und Ausweiswesen zuständige Behörde die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag bzw. im weiteren Verfahren von mir benannten Ärzten und Krankenanstalten sowie bei Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind), insbesondere Entlassungsberichte/Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden Behinderungen geben können.

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht eingeschränkt habe, u. a. auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein sich evtl. anschließendes Rechtsbehelfsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte und Psychologen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Mit der Einholung von Auskünften und Unterlagen bei folgenden Stellen (z. B. Ärzten, Krankenanstalten usw.) bin ich **nicht** einverstanden.

---

---

---

---

---

Ort, Datum

**Unterschrift**

des Antragstellers, gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten, Betreuers