

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




Aktenzeichen

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder in Blockschrift ausfüllen

A Antrag

A1 Antrag auf **erstmalige** Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von wenigstens

A2 Antrag auf **Erhöhung** des Grades der Behinderung auf wenigstens

A3 Antrag auf Feststellung des **Merkzeichens**

G erheblich gehbehindert **B** Begleitperson **aG** außergewöhnlich gehbehindert **RF** erheblich hör- oder sehbehindert, dauernd an Wohnung gebunden

BI blind **GI** gehörlos **H** hilflos **TBI** hochgradig sehbehindert/blind und an Taubheit grenzend schwerhörig

B Angaben zur antragstellenden Person

B1

Nachname (surname, nom)	Vorname (first name, prénom)
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	ggf. Geburts- oder frühere Namen
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

B2 Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)

B3 Steuer-ID (siehe Hinweis im anliegenden Informationsblatt)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Staatsangehörigkeit deutsch
 EU (einschließlich Vereinigtes Königreich): _____
 Norwegen, Liechtenstein, Island: _____
 andere: _____ **⇨Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Aufenthaltstitels bei!⇩**

B4 Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Vertreter oder Betreuer bestellt ist

Art der Vertretung gesetzlicher Vertreter (bei Anträgen Minderjähriger)
 bevollmächtigter Vertreter ⇨ (bitte Vollmacht vorlegen) ⇩
 gerichtlich bestellter Betreuer ⇨ (bitte Betreuerausweis in Kopie vorlegen) ⇩

Name des Vertreters/Betreuers	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)	Bei Betreuung: Die Bestellung als Betreuer gilt bis:



B5 ggf. weiterer Vertreter (z. B. bei minderjährigem Antragsteller mit gesetzlichem und bevollmächtigtem Vertreter)

Art der Vertretung gesetzlicher Vertreter (bei Anträgen Minderjähriger)
 bevollmächtigter Vertreter ➔ (bitte Vollmacht vorlegen) ⌚
 gerichtlich bestellter Betreuer ➔ (bitte Betreuerausweis in Kopie vorlegen) ⌚

Name des Vertreters/Betreuers Vorname

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Telefon tagsüber (freiwillige Angabe) **Bei Betreuung:**
Die Bestellung als Betreuer gilt bis:

Angaben zu **B6 bis B8** sind nur bei **Erstantrag** oder **Änderung der Verhältnisse** seit der letzten Antragstellung erforderlich.

B6 Sind Sie erwerbstätig? nein ja
(freiwillige Angabe)

B7 Grenzarbeitnehmer? nein ja

Wenn ja, Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift: _____

B8 Name und Anschrift Ihrer derzeitigen Kranken-/Pflegeversicherung:

Mitgliedsnummer: _____

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 hier keine Eintragung zu machen.

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

C2 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 oder Folge einer Gewalttat |
| 09 = sonstige Krankheit (auch Impfschaden) | 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: Benutzen Sie beim Verlassen des Hauses einen Rollstuhl?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
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	
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 Ärztliche Unterlagen anderer Stellen zu C und D (in den letzten zwei Jahren)

G1 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: _____

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 _____



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

Passbild für den Schwerbehindertenausweis

Für den Schwerbehindertenausweis benötigen wir ein aktuelles Passbild in Farbe (35 mm x 45 mm im Hochformat). Bitte kennzeichnen Sie das Bild auf der Rückseite mit Ihrem Vor- und Nachnamen und dem Geburtsdatum. Wenn Sie in einem früheren Verfahren der letzten fünf Jahre mit der Bildspeicherung einverstanden waren, benötigen wir kein neues Passbild.

Für Kinder unter zehn Jahren ist kein Bild im Ausweis erforderlich.

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

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

Ich bin damit einverstanden, dass mein Bild fünf Jahre lang gespeichert wird. Anschließend wird es automatisch gelöscht.

J

Beizufügende Unterlagen (Zur Beschleunigung Ihres Verfahrens)

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.

- 2 unterschriebene Einverständniserklärungen
- Vollmacht
- Passbild (farbig 35 mm x 45 mm Hochformat)
- Betreuerausweis, Betreuungsgutachten
- Kopie Reisepass oder elektronischer Aufenthaltstitel (nicht notwendig bei EU-Angehörigen oder aus den Ländern Island, Liechtenstein, Norwegen)
- Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers, Arbeiterlaubnis (nur wenn Grenzarbeitnehmer)
- Hausarztbefundbericht
- Facharztbefundbericht(e)
- Blutzuckertagebuch oder digitale Auswertung (nur bei Diabetes mellitus)
- Migränekalender/Kopfschmerztagebuch
- sonstiges Schmerztagebuch
- Krankenhausbericht
- Reha-Entlassungsbericht
- Pflegegutachten
- Sehtest (nur bei Sehschwäche)



- Sprachaudiogramm des Hörgeräteakustikers (nur bei Schwerhörigkeit)
- Rentengutachten
- Gutachten der Berufsgenossenschaft
- sonstige (Therapie-)Berichte
- sonstige medizinische Unterlagen
-
-

K Datenübermittlung

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.

Ich widerspreche dieser Übermittlung.

L Einwilligungserklärung

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 bekannt geben 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.

L1 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.

M 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.

N Unterschrift



Datum _____

Unterschrift _____



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 beigefügten 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 bekannt geben 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.

Datum

Unterschrift



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 beigefügten 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 bekannt geben 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.

Datum

Unterschrift