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

ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales

Bitte Region wählen ...

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder in Blockschrift ausfüllen

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

A1 Der Grad der Behinderung (GdB) und die Merkzeichen werden in dem Umfang festgestellt, der sich aus Ihrer Behinderung ergibt. Wenn Sie konkrete Erwartungen haben, können Sie diese hier angeben. Sie erleichtern uns damit die Sachverhaltsermittlung.

☐ Ich erwarte einen GdB von mindestens _____.

A2 ☐ Ich erwarte folgende(s) Merkzeichen:

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

☐ **Bl** blind ☐ **Gl** gehörlos ☐ **H** hilflos ☐ **TBl** hochgradig sehbehindert/blind und an Taubheit grenzend schwerhörig

B Angaben zur antragstellenden Person

B1

Nachname (surname, nom)	Vorname (first name, prénom)
Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ keine Angabe (§ 22 Abs. 3 PStG)	ggf. Geburts- oder frühere Namen
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

B2 Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)

B3 Steuer-ID (siehe Hinweis im anliegenden Informationsblatt)

Staatsangehörigkeit
☐ deutsch
☐ EU: _____
☐ 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
Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ keine Angabe (§ 22 Abs. 3 PStG)	
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

Geschlecht
☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ keine Angabe (§ 22 Abs. 3 PStG)

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

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

Angaben zu **B6 bis B7** sind nur bei **Erstantrag** oder **Änderung** seit der letzten Antragstellung erforderlich.

B6 Sind Sie erwerbstätig? (freiwillige Angabe) ☐ nein ☐ ja

B7 Für Grenzarbeitnehmer: Name und Anschrift des Arbeitgebers:

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		
Nr. 2		
Nr. 3		
Nr. 4		
Nr. 5		
Nr. 6		
Nr. 7		
Nr. 8		
Nr. 9		
Nr. 10		

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? ☐ nein ☐ ja (bitte beifügen)

Bei Migräne/Kopfschmerzen:
Führen Sie einen Migränekalender bzw. ein Kopfschmerztagebuch? ☐ nein ☐ ja (bitte beifügen)

Bei sonstigen Schmerzen:
Führen Sie ein Schmerztagebuch? ☐ nein ☐ ja (bitte beifügen)

Bei Hörbehinderung:
Wurde vom Hörgeräteakustiker ein Sprachaudiogramm erstellt? ☐ nein ☐ ja (bitte beifügen)

Bei Gehbehinderung:
Benutzen Sie beim Verlassen des Hauses einen Rollstuhl? ☐ nein ☐ ja

E2 **Bei Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung:**
Beantragen Sie auch Blindengeld? ☐ nein ☐ 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?
				☐ nein ☐ ja
				☐ nein ☐ ja
				☐ nein ☐ ja
				☐ nein ☐ 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?
			☐ nein ☐ ja
			☐ nein ☐ ja
			☐ nein ☐ 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 gesetzlichem Unfallversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft), Versorgungsamt in anderem Bundesland, österreichischem Sozialministeriumservice

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)

☐ Nachweis über Beschäftigung in Deutschland (nur für Grenzarbeitnehmer)

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 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 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 beizieht, 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 beizieht. 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 <u>nicht</u> 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**

☐ Antragsteller ☐ bevollmächtigter Vertreter

☐ gesetzlicher Verteter ☐ 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

Antragsteller
Vor- und Nachname: _____

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 beizieht, 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 beizieht.
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

Antragsteller
Vor- und Nachname: _____

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 beizieht, 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 beizieht.
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.