

Hinweise und Tipps zur Antragstellung nach dem Schwerbehindertenrecht (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX)

Die nachfolgenden Hinweise und Tipps sollen Ihnen beim Ausfüllen des Antrags helfen und Ihnen einen kleinen Einblick in die Bearbeitungsabläufe geben:

Die Merkzeichen (Punkt 10 im Antrag) haben folgende Bedeutung:

- G gehbehindert** - In seiner Bewegungsfreiheit im Straßenverkehr ist erheblich beeinträchtigt, wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens, auch durch innere Leiden, oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit nicht ohne **erhebliche** Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurücklegen vermögen, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden. Das Merkzeichen ermöglicht entweder die unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr - in der Regel nur nach Entrichtung einer Eigenbeteiligung von 60,00 EUR jährlich bzw. 30,00 EUR halbjährlich - oder Ermäßigung der Kraftfahrzeugsteuer um 50 v. H.
- aG außergewöhnlich gehbehindert** - Als schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sind solche Personen anzusehen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Dem genannten Personenkreis und Blinden kann auf Antrag von der zuständigen Straßenverkehrsbehörde eine Sonderparkgenehmigung erteilt werden. Das Merkzeichen berechtigt zum Erlass der Kraftfahrzeugsteuer und daneben zur unentgeltlichen Beförderung im öffentlichen Personenverkehr - in der Regel nur nach Entrichtung einer Eigenbeteiligung von 60,00 EUR jährlich bzw. 30,00 EUR halbjährlich.
- B Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson** - Zur Mitnahme einer Begleitperson sind schwerbehinderte Menschen berechtigt, die bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln infolge ihrer Behinderung regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind. Die Feststellung berechtigt zur Freifahrt für eine Begleitperson im öffentlichen Personenverkehr (ohne km-Begrenzung).
- Bl blind** - Blind ist der behinderte Mensch, dem das Augenlicht vollständig fehlt. Als blind sind auch Personen anzusehen, deren Sehschärfe so gering ist, dass sie sich in einer ihnen nicht vertrauten Umgebung ohne fremde Hilfe nicht zurechtfinden können. Dies ist im Allgemeinen der Fall, wenn auf dem besseren Auge nur eine Sehschärfe von nicht mehr als 1/50 besteht oder wenn andere Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleich zuachten sind. Das Merkzeichen dient zum Nachweis der Voraussetzungen für Lohn- und Einkommensvergünstigungen nach § 33 b EStG sowie berechtigt zum Erlass der Kraftfahrzeugsteuer und daneben zur unentgeltlichen Beförderung im öffentlichen Personenverkehr.
- GI gehörlos** - Gehörlosigkeit liegt vor bei beiderseitiger Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit beiderseits mit schwerer Sprachstörung (schwerverständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz). Das Merkzeichen ermöglicht entweder die unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr - in der Regel nur nach Entrichtung einer Eigenbeteiligung von 60,00 EUR jährlich bzw. 30,00 EUR halbjährlich - oder Ermäßigung der Kraftfahrzeugsteuer von 50 v. H.
- RF Befreiung von der Rundfunkgebührempflicht** - Diese gesundheitlichen Voraussetzungen sind erfüllt bei
- blinden oder nicht nur vorübergehend wesentlich sehbehinderten Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 60 allein wegen der Sehbehinderung,
 - hörgeschädigten Menschen, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist,
 - schwerbehinderten Menschen, deren GdB nicht nur vorübergehend wenigstens 80 beträgt und die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen **ständig** nicht teilnehmen können. Hierzu gehörenden Menschen, bei denen schwere Bewegungsstörungen - auch durch innere Leiden (schwere Herzleistungsschwäche, schwere Lungenfunktionsstörung) - bestehen, die unter häufigen hirnorganischen Anfällen leiden oder die durch ihre Behinderung auf ihre Umgebung abstoßend oder störend wirken (z. B. durch Entstellung, Geruchsbelästigung, laute Atemgeräusche).

Tipp 1

Auf Ihren **Antrag** stellt die Stadtverwaltung Erfurt, Amt für Soziales und Gesundheit, das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) fest. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als GdB nach Zehnergraden abgestuft eingestellt. Eine Feststellung wird nur getroffen, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt.

Das Amt für Soziales und Gesundheit erteilt einen rechtsbehelfsfähigen **Bescheid**, in dem der GdB, die weiteren gesundheitlichen Merkmale und die einzelnen Behinderungen festgestellt werden.

Tipp 2

Beträgt der GdB 50 oder mehr, stellt das Amt für Soziales und Gesundheit auf Antrag einen **Schwerbehindertenausweis** aus. Dieser Ausweis dient dem Nachweis der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Rechten und evtl. Nachteilsausgleichen (z. B. Steuerermäßigung, Zusatzurlaub und bei Zuerkennung bestimmter Merkzeichen unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr, Parkerleichterungen).

Tipp 3

Beantworten Sie bitte die im Antragsformular gestellten Fragen **sorgfältig und vollständig**. Sie helfen damit, die erforderlichen Befunde und ärztlichen Unterlagen (z. B. Krankenhaus- und Kurberichte) sofort anfordern zu können.

Tipp 4

Je nachdem, wie schnell Ihre behandelnden Ärzte tätig werden, können zwischen Anforderung und Eingang der Befundberichte einige Wochen, manchmal sogar Monate liegen.

Erfahrungsgemäß ist es von Vorteil, wenn **Ihr Arzt informiert** ist, dass und warum Sie einen Antrag nach dem SGB IX stellen. In diesem Fall kann er u. U. Ihr Anliegen dadurch unterstützen, dass er die bei Ihnen vorliegenden Funktionsstörungen umfassend und möglichst genau beschreibt und den Befundbericht baldmöglichst übersendet.

Tipp 5

Sie können die Bearbeitung Ihres Antrages wesentlich beschleunigen, wenn Sie **Unterlagen** über die geltend gemachten Gesundheitsstörungen (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Bescheide anderer Leistungsträger), **die sich in Ihren Händen befinden** und die nicht älter als zwei Jahre sind, zusammen mit dem Antrag des Amtes für Soziales und Gesundheit übersenden. Röntgenbilder werden im Regelfall nicht benötigt. Im Original übersandte Unterlagen werden Ihnen selbstverständlich zurück gesandt.

Tipp 6

Reichen die beigezogenen oder von Ihnen vorgelegten medizinischen Unterlagen nicht aus, um über Ihren Antrag entscheiden zu können, kann u. U. eine **Untersuchung** notwendig sein, die das Feststellungsverfahren ggf. verlängert.

Tipp 7

Sollten Sie während des laufenden Verfahrens von einer **anderern Stelle untersucht** oder im **Krankenhaus behandelt** werden, lassen Sie dies bitte umgehend das Amt für Soziales und Gesundheit wissen, damit das Ergebnis dieser Untersuchung bzw. ärztlichen Behandlung bei der Feststellung der bei Ihnen vorliegenden Behinderungen noch berücksichtigt werden kann.

Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht

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

Stadtverwaltung Erfurt
Amt für Soziales und Gesundheit
Juri-Gagarin-Ring 150
99084 Erfurt

Eingangsstempel der zuständigen Behörde

1

Erstantrag Ich habe bisher keinen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt.

Änderungsantrag Ich habe schon einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt bei:

Behörde

Aktenzeichen

Besitzen Sie von einem **anderen** Amt einen Schwerbehindertenausweis?

Nein. Ja. Fügen Sie bitte eine Kopie bei.

Dieser Antrag soll gleichzeitig als Antrag auf Bewilligung von Landesblindengeld nach dem Thüringer Blindengeldgesetz (ThürBlIGG) gelten.

2 Antragsteller/in

Nachname (ggf. Geburtsname), Vorname

Geburtsdatum

derzeitige Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Geschlecht

männlich weiblich

Telefon-Nr. (tagsüber erreichbar)

Telefax-Nr.

3 Sind Sie zur Zeit erwerbstätig?

Nein. Ja.

4 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.

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

Nachname, Vorname

Telefon-Nr. (tagsüber erreichbar)

derzeitiger Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Fügen Sie bitte eine Vollmacht bzw. eine Betreuungsurkunde in Kopie bei!

6 Feststellungsbeginn

Ich beantrage die Feststellung ab Antragseingang rückwirkend ab

Ich beantrage eine Rückwirkung wegen Steuer Rente
oder wegen

7 Angaben zu den Gesundheitsstörungen

Welche Gesundheitsstörungen werden erstmalig als Behinderungen geltend gemacht?

Welche Gesundheitsstörungen sind seit der letzten Feststellung hinzugetreten?

Geben Sie bitte nur Gesundheitsstörungen an, die zu dauernden Funktionsbeeinträchtigungen führen.

Bezeichnung der Funktionsbeeinträchtigung	Ursachenschlüssel	Geben Sie bitte zu jeder Beeinträchtigung den jeweiligen Ursachenschlüssel ein!
a)		01 angeborene Behinderung
b)		02 Arbeitsunfall, einschl. Wege- und Betriebsunfall, Berufskrankheit
c)		04 Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall
d)		05 häuslicher Unfall, soweit nicht Arbeitsunfall
e)		06 sonstiger nicht bezeichneter Unfall
f)		07 anerkannte Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung
		09 sonstige Krankheiten einschließlich Impfschäden ohne Berufskrankheit
		10 sonst. oder mehrere Ursachen

8 Folgende bereits festgestellte Behinderungen haben sich seit der letzten Feststellung wesentlich verschlimmert:

Wurde bereits von anderen Behörden eine Feststellung getroffen? (Bitte Bescheidkopie beifügen.)

9 Leistungen nach anderen Gesetzen

<input type="checkbox"/> Unfallversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> beantragt.
<input type="checkbox"/> Versorgungsverwaltung (Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, SED-Unrechtsbereinigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Thüringer Blindengeldgesetz usw.)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> beantragt.
<input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. Leistungen der Pflegekasse)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> beantragt.
Behörde/Dienststelle - genaue Anschrift -	Geschäftszeichen, Versicherungsnummer	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?	

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

Insbesondere begehre ich die Feststellung folgender Merkzeichen:

<input type="checkbox"/> G	gehbehindert
<input type="checkbox"/> aG	außergewöhnlich gehbehindert
<input type="checkbox"/> B	zur Mitnahme einer Begleitperson berechtigt
<input type="checkbox"/> H	hilflos
<input type="checkbox"/> Bl	blind
<input type="checkbox"/> Gl	gehörlos
<input type="checkbox"/> RF	Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht

Hinweis:

Falls Sie die Feststellung des Merkzeichens "RF" begehren sollten, wird darauf hingewiesen, vorsorglich auch gleichzeitig mit dem Antrag nach dem SGB IX **einen Antrag auf Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht bei der Gebühreneinzugszentrale (GEZ), 50656 Köln, zu stellen. Ein Antragsformular wird von der zuständigen Behörde mit der Eingangsbestätigung zum SGB-IX-Antrag übersandt. Er kann auch aus dem Internet unter www.gez.de heruntergeladen werden. Den ausgefüllten Antrag übersenden Sie bitte an die GEZ.**

11 Folgende Funktionsbeeinträchtigungen sind vom Feststellungsverfahren auszuschließen:

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 Funktionsbeeinträchtigten angefordert werden können. Mit der Erklärung zu Nr. 18 entbinden Sie die Ärzte ihrer Schweigepflicht.

12 Hausarzt

Nachname , Vorname

Datum der letzten Behandlung

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

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

Behandlung von - bis	Name, Anschrift, Fachgebiet	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

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

Behandlung von - bis	Name, Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, ggf. Name des behandelnden Arztes und dessen Fachrichtung	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

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

Behandlung von - bis	Name, Anschrift der Klinik	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?
Name und Anschrift des Kostenträgers (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Krankenversicherung)		Aktenzeichen, Versicherungsnummer
Behandlung von - bis	Name, Anschrift der Klinik	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?
Name und Anschrift des Kostenträgers (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Krankenversicherung)		Aktenzeichen, Versicherungsnummer

16 Krankenkasse

Name und Anschrift der derzeitigen Krankenkasse

17 Weitere ärztliche Unterlagen wegen der geltend gemachten Behinderungen in den **letzten zwei Jahren** bzw. seit der **letzten Feststellung****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, Agentur für Arbeit, Sonderschulen usw.)?**

Behörde/Dienststelle - genaue Anschrift -	Geschäftszeichen, Versicherungsnummer	Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

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

(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.

 Unterschrift des Antragstellers, gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten, Betreuers

 Ort, Datum

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, Sozialeinrichtungsträgern 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:

Unterschrift des Antragstellers, gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten, Betreuers

Datum