

An das Amt für soziale  
Angelegenheiten

(Postleitzahl, Ort)

Bitte für amtliche Zwecke freilassen!

Geschäftszeichen

- Vorgang - nicht - vorhanden  
 Daten erfasst am  
mit - ohne - maschinelle  
Eingangsbestätigung

**Erst-Antrag auf Feststellung einer Behinderung  
nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)**

- Ich beantrage die Feststellung des Grades meiner Behinderung (GdB) sowie weiterer gesundheitlicher Merkmale, soweit sie Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen sind
- Ich beantrage außerdem die Ausstellung eines entsprechenden Nachweises (z.B. Schwerbehindertenausweis, Bescheinigung etc.). Der Nachweis wird benötigt für die Zeit
- ab Antragstellung                       für steuerliche Zwecke  
 bereits ab \_\_\_\_\_                       für
- Ich benötige (derzeit) keinen Nachweis.

Allgemeine Hinweise:

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen zur Beschleunigung Ihres Antrages sorgfältig und vollständig. Ihre Angaben sind für die Bearbeitung notwendig. Sie sind dazu auch verpflichtet. Wer Sozialleistungen beantragt, hat gemäß § 60 Erstes Sozialgesetzbuch (SGB I) alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen anzugeben. Dies gilt auch für das Verfahren nach § 69 SGB IX entsprechend. Außerdem sollen Sie nach § 21 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) bei der Ermittlung des Sachverhaltes mitwirken, insbesondere Ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben. Soweit und solange es zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgabe aus § 69 SGB IX notwendig ist, werden Ihre Sozialdaten gespeichert. Rechtsgrundlage ist § 67c SGB X.  
Der Schwerbehindertenausweis ist regelmäßig mit einem Passbild des Ausweisinhabers zu versehen. Sie können diesem Antrag daher bereits ein Passbild beilegen, wenn Sie erwarten, dass ein GdB von mindestens 50 festgestellt wird. Geben Sie bitte auf der Rückseite des Passbildes Ihren Vor- und Zunamen sowie Ihren Wohnort an.

Haben Sie selbst Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, EKG, Labor- oder Röntgenbefunde)? Dann fügen Sie diese bitte dem Antrag bei! Dadurch können Sie zur Beschleunigung des Verfahrens beitragen

Angaben zur Person

Vor- und Zuname (ggf. auch Geburtsname)

Geburtsdatum

☎ tagsüber

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt - Anschrift –:

Bei **Minderjährigen** und **Personen, für die ein Betreuer bestellt ist**, bitte Name, Anschrift und Telefonnummer des gesetzlichen Vertreters/Betreuers angeben. Im Falle einer Betreuung bitte Kopie der Betreuungsurkunde beifügen.



Sollen außer der (den) von Ihnen auf **Seite 2** angegebenen Funktionsbeeinträchtigung(en) weitere Gesundheitsstörungen, die evtl im Rahmen der Sachverhaltsaufklärung festgestellt werden, in die Prüfung Ihres Antrages einbezogen werden?

- Ich bitte um Berücksichtigung **aller** festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen.  
 Es sollen nur die auf Seite 2 angegebenen Funktionsbeeinträchtigungen berücksichtigt werden.

Liegt bereits eine Entscheidung zur Behinderung vor (z. B. von einer **Berufsgenossenschaft**, Entschädigungsbehörde etc.) oder ist über einen solchen Antrag noch zu entscheiden?

- nein       Ja, von (Behörde/Dienststelle, Anschrift, **Geschäftszeichen**)

Hatten Sie früher bereits einen Antrag nach dem Schwerbehindertengesetz gestellt?

- nein       Ja, beim Amts für Soziale Angelegenheiten      **Geschäftszeichen**

Beziehen Sie eine der folgenden Leistungen oder haben/hatten Sie diese beantragt?

- Leistungen einer Pflegekasse wegen **Schwerpflegebedürftigkeit**       Nein    Ja  
- **Pflegegeld** nach dem Bundessozialhilfegesetz oder Landespflegegeldgesetz       Nein    Ja  
- **Blindengeld** nach dem Landesblindengeldgesetz       Nein    Ja


Falls ja, Behörde/Dienststelle/Versicherung, Anschrift, **Geschäftszeichen**:

Wurden Sie wegen eines **Rentenanspruches** in den **letzten 3 Jahren** von einer Landesversicherungsanstalt, der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Knappschaft, landwirtschaftlichen Alterskasse etc. untersucht?

- nein       Ja, von (Behörde/Dienststelle, Anschrift, **Geschäftszeichen**)

**Angaben zu ärztlichen Behandlungen in den letzten 3 Jahren:**

**Hausärztin/Hausarzt:**

Name:	Seit:	
Anschrift:		

**Fachärztinnen/Fachärzte:**

Falls weitere Facharztbehandlungen, bitte Angaben auf einem gesonderten Blatt!

Name:	Fachgebiet						
Anschrift							
Behandlung von	bis	wegen der auf Seite 2 angegebenen Funktions-					
beeinträchtigung(en) Nr.	① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>	④ <input type="checkbox"/>	⑤ <input type="checkbox"/>	⑥ <input type="checkbox"/>	(Bitte ankreuzen!)
Name	Fachgebiet						
Anschrift							
Behandlung von	bis	wegen der auf Seite 2 angegebenen Funktions-					
beeinträchtigung(en) Nr.	① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>	④ <input type="checkbox"/>	⑤ <input type="checkbox"/>	⑥ <input type="checkbox"/>	(Bitte ankreuzen!)
Hat auch Ihre Hausärztin/Ihr Hausarzt diese Unterlagen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein				

