



Aktenzeichen

Eingangsstempel

Antrag

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

auf Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von wenigstens _____

auf Feststellung des Merkzeichens

G

(erheblich
gehbehindert)

B

(Begleitperson bei
Benutzung öffentl.
Verkehrsmittel er-
forderlich)

aG

(außergewöhnlich
gehbehindert z. B.
bei Rollstuhlbenutzung)

H

(hilflos)

RF

(erheblich hör-
oder sehbehindert
oder dauerndes
Gebundensein an die Wohnung)

BI

(blind)

GI

(gehörlos)

Hinweis zur Mitwirkung nach § 67a Abs. 3 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X):

Ihre Angaben sind zur korrekten Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich. Sie dienen insbesondere dazu, von den von Ihnen angegebenen Ärzten und Stellen medizinische Unterlagen beizuziehen. Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie unvollständige Angaben machen, kann jedoch unter Umständen der Grad der Behinderung nicht in der richtigen Höhe bzw. können eigentlich zustehende Merkzeichen nicht festgestellt werden. Alle unsere Mitarbeiter sind zur Wahrung des Sozialgeheimnisses verpflichtet.

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – **möglichst in Blockschrift** – und senden Sie die ggf. anliegenden Einverständniserklärungen ausgefüllt und unterschrieben zurück.

Fügen Sie bitte diesem Antrag alle in Ihren Händen befindlichen Unterlagen über den derzeitigen Gesundheitszustand bei (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Entlassungsberichte des Reha-Trägers, EKG- und Laborbefunde). **Es besteht die Möglichkeit, vom behandelnden Arzt auf eigene Kosten Kopien der ärztlichen Unterlagen anfertigen zu lassen.** (Diese Kosten können jedoch vom Zentrum Bayern Familie und Soziales nicht ersetzt werden.) Sie können dadurch erheblich zur Beschleunigung des Verfahrens beitragen.

Soweit in einzelnen Abschnitten der Platz für die Eintragungen nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.

1	Familienname	Vorname	ggf. Geburtsname oder frühere Namen
	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Geburtsdatum
	Geburtsort		
	Straße, Haus-Nr.		
	Postleitzahl, Ort		
	tagsüber telefonisch zu erreichen unter ()		
2	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	
Hinweise für			
- Angehörige eines Staates außerhalb von EU, Island, Liechtenstein und Norwegen: Bitte legen Sie eine Kopie des Aufenthaltstitels in Ihrem Reisepass oder eine Bescheinigung der Ausländerbehörde vor.			
- Grenzarbeitnehmer: Bitte fügen Sie nach Möglichkeit eine Arbeitsbescheinigung Ihres jetzigen Arbeitgebers und ggf. eine Arbeiterlaubnis bei. Bitte geben Sie Name und Anschrift des Arbeitgebers an:			
<input type="text"/>			

3 Ich bin erwerbstätig Ja Nein

4 Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer mit entsprechendem Aufgabenkreis („Vertretung gegenüber Behörden“ oder „Vermögenssorge“) bestellt ist, bitte Zu- und Vorname sowie Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder des Betreuers angeben und ggf. Betreuerausweis und nach Möglichkeit das Betreuungsgutachten (in Ablichtung) vorlegen.

Zu- und Vorname

Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort

5 Welche länger als sechs Monate andauernden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen werden geltend gemacht? Bitte kreuzen Sie auch die Ursache an.

	angeborene Gesundheitsstörung	Arbeitsunfall/Berufskrankheit (dem Unfallversicherungsträger gemeldet)	Verkehrsunfall	häuslicher Unfall	sonstiger Unfall	Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung; Folgen einer Gewalttat	sonstige Krankheit	sonstige Ursache
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

6 Benutzen Sie beim Verlassen des Hauses einen Rollstuhl? Ja Nein

7 Name und Anschrift des Hausarztes

8 Bei welchen Ärzten sind bzw. waren Sie außerdem in Behandlung?

von – bis	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte	Fachgebiet	wegen Gesundheitsstörung Nr.	Befinden sich diese Unterlagen beim Hausarzt?

9 Krankenhaus- und Reha-Behandlung in den letzten fünf Jahren:

von – bis (genaues Datum des Aufnahme- u. Entlassungstages)	Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Kuranstalt Abteilung/Station oder Chef- /Stationsarzt Kostenträger der Reha-Maßnahme; Aktenzeichen	Bitte angeben A = ambulant S = stationär Gesundheitsstör. Nr.	Befinden sich diese Unter- lagen beim Hausarzt?

Sind Reha- oder Krankenhausbehandlungen vorgesehen? Nein Ja, in ab

10 Hat ein Versorgungsamt oder eine andere Verwaltungsbehörde, ein Sozialversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft) oder ein Gericht bereits einmal eine Feststellung zu den gesundheitlichen Verhältnissen / zu einzelnen Gesundheitsstörungen und zum Grad der Behinderung (GdB) bzw. zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) / zum Grad der Schädigungsfolgen (GdS) getroffen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

Nein Ja

Höhe des GdB/ der MdE/des GdS	Bezeichnung der Verwaltungsbehörde, des Sozialversicherungsträgers oder des Gerichts	Geschäftszeichen und Datum des Vorgangs oder der Ent- scheidung, ggf. Tag des Unfalls

Übersenden Sie bitte die Ihnen vorliegenden Gutachten und Bescheide anderer Verwaltungsbehörden, Sozialversicherungsträger oder Gerichte (in Kopie).

11 Erhalten Sie Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? Laufen Untersuchungen beim Rentenversicherungsträger oder sind Klagen beim Sozialgericht anhängig?

Nein Ja Ich erhalte Rente ab

Anschrift des Sozialversicherungsträgers	Aktenzeichen

12 Falls Sie blind sind oder Ihre Sehschärfe auf dem besseren Auge **nach Korrektur** nicht mehr als **2 %** (1/50) beträgt oder eine damit vergleichbare andere Sehstörung vorliegt: Haben Sie bereits einen Antrag nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz gestellt?

Nein Ja

Wenn ja, geben Sie bitte das Aktenzeichen an:

Wenn nein: Ich beantrage hiermit Blindengeld nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz Nein Ja

13 Derzeitige Zugehörigkeit zu einer Kranken- bzw. Pflegekasse oder Kranken- bzw. Pflegeversicherung

Name und Anschrift der Kasse oder Versicherung – Mitgliedsnummer/Geschäftszeichen

Haben Sie bei der Pflegekasse bzw. -versicherung Pflegeleistungen beantragt? Nein Ja, am

Wenn ja: der Antrag wurde abgelehnt der Antrag wurde bewilligt: Pflegestufe ab

über den Antrag wurde noch nicht entschieden Untersuchungstermin:

14 Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Behinderteneinrichtung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Agentur für Arbeit) befinden sich weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde usw.?

Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen	Jahr der Untersuchung

Bitte senden Sie auch eventuell in Ihren Händen befindliche Unterlagen ein.

15 Nur für Antragsteller, die **nicht** am Sitz des Versorgungsamtes wohnen:

- Ich möchte den Schwerbehindertenausweis nicht bei meiner Gemeinde, sondern beim Versorgungsamt abholen. (Reisekosten werden nicht erstattet)

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe. 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, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde.

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

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 (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Als Unterlagen werden beigelegt:
3 unterschriebene Einverständniserklärungen

Datum

Unterschrift

bei Vertretung:

als gesetzlicher Vertreter/Betreuer
bitte ggf. Betreuerausweis beifügen

als bevollmächtigter Vertreter
bitte Vollmacht beifügen

Bitte alle 3 Einverständniserklärungen ausfüllen, unterschreiben und mit dem Antragsformular zurücksenden!

Zu- und Vorname: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
Postleitzahl, Ort: _____

Aktenzeichen:

Einverständniserklärung

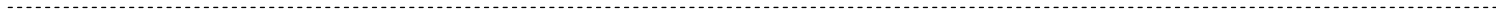
Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde.

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

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 (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____



Zu- und Vorname: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
Postleitzahl, Ort: _____

Aktenzeichen:

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde.

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

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 (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____



Zu- und Vorname: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
Postleitzahl, Ort: _____

Aktenzeichen:

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde.

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

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 (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____