## 1 An die für das Feststellungsverfahren nach dem Schwerbehindertenrecht zuständige Stelle

| Kreis/Kreisfreie Stadt | Geschäfts-/Aktenzeichen | Eingangsstempel |
|---|---|---|
| **Kreis Herford –Soziales-<br>Amtshausstr. 3<br>32051 Herford** | | |

**Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen**

☐ **Erstantrag**
☐ **Änderungsantrag**

nach § 69 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)
- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen -
**- Schwerbehindertenrecht -**
zur Feststellung einer Behinderung, eines - höheren - Grades der Behinderung (GdB),
- weiterer - gesundheitlicher Merkmale sowie Ausstellung eines - neuen - Ausweises

**Haben Sie bereits früher einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt?**

☐ Nein
☐ Ja, bei Geschäfts-/Aktenzeichen:

**WICHTIGE HINWEISE**

**Um sachgerecht über diesen Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Bitte füllen Sie den Antragsvordruck sorgfältig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift - aus. Beachten Sie hierbei bitte auch die Erläuterungen ab der 6. Seite dieses Vordrucks und vergessen Sie nicht, den Antrag auf der 5. Seite zu unterschreiben.**

**Wenn sich Unterlagen über Ihren Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflegegutachten, EKG-, Labor- und Röntgenbefunde - keine Röntgenbilder - ) in Ihren Händen befinden, die nicht älter als 2 Jahre sind, reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Antrag ein.**
**Falls oder soweit Sie keine Unterlagen beifügen, werden diese entsprechend Ihrer Einverständniserklärung am Ende des Antragsvordrucks von den von Ihnen benannten Stellen und Personen beigezogen.**

**Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Soweit Sie vom Angebot der Datenbeschaffung durch die zuständige Stelle Gebrauch machen, ist Rechtsgrundlage hierfür Ihre Einwilligung am Ende dieses Antragsvordrucks. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt gemäß § 67b Absatz 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die Feststellung nach dem SGB IX ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind.**

## 2 Angaben zur Person

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name | | Vorname | |
| Geburtsname | | weiblich ☐ männlich ☐ | Staatsangehörigkeit |
| geboren am | | Geburtsort | |
| Straße, Hausnummer | | | |
| PLZ | Wohnort | | |
| Tagsüber erreichbar unter der Telefon-Nr. (Angabe freiwillig) | | Sind Sie erwerbstätig ? (siehe Erläuterungen Seite 6) ☐ Ja | |
| Bei **Minderjährigen** unter 15 Jahren und Personen, für die ein **Betreuer** bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers angeben, ggf. bitte - eine - Kopie der Bestallungsurkunde oder des Betreuungsausweises beifügen. | Name | Vorname | |
| | Straße, Hausnummer | | |
| | PLZ | Wohnort | |
| | Tagsüber erreichbar unter der Tel.-Nr. (Angabe freiwillig) | | |

## 3 Für ausländische Antragsteller/innen

Sind Sie

- **ausländische/r Mitbürger/in oder staatenlos?** Bitte legen Sie eine Bescheinigung der zuständigen Ausländerbehörde oder eine beglaubigte Kopie Ihres Passes vor, um Ihren rechtmäßigen Aufenthalt nachzuweisen. Bei Kindern unter 16 Jahren benötigen wir die genannten Unterlagen eines Erziehungsberechtigten.
- **Grenzarbeitnehmer/in und wohnen im Ausland?** Bitte fügen Sie die Arbeitsbescheinigung Ihres jetzigen Arbeitgebers bei.

## 4 Angaben zu einer anderweitigen Feststellung

**4.1** Haben Sie bereits einen Antrag gestellt oder eine Feststellung über die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. den Grad der Schädigungsfolgen (GdS) erhalten bei/von

1. einer Berufsgenossenschaft (z. B. wegen eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit)? ☐ Ja ☐ Nein
2. einem Versorgungsamt oder einem Landschaftsverband (z. B. wegen einer Schädigung als Soldat oder Gewaltopfer)? ☐ Ja ☐ Nein
3. einer anderen Dienststelle (z.B. Landesamt, Wehrbereichsgebührnisamt)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Sie eine dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, legen Sie bitte den entsprechenden Bescheid in Kopie bei oder teilen Sie mit, von welcher Stelle _____

und unter welchem Geschäfts-/Aktenzeichen _____

gegebenenfalls Tag des Unfalls/der Schädigung etc. _____

diese Entscheidung getroffen wurde bzw. der Antrag bearbeitet wird, damit die Unterlagen angefordert werden können.

**4.2** Möchten Sie über die vorgenannte anderweitige Feststellung hinaus weitere Gesundheitsstörungen oder eine Verschlimmerung bereits festgestellter (Funktions-)Beeinträchtigungen geltend machen?

☐ Ja - Bitte weiter mit Nr. 5 ff - ☐ Nein - Bitte weiter mit Nr. 10 ff -

## 5 Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen

**5.1** Für die Anforderung von Befundberichten von den von Ihnen nachfolgend angegebenen Ärztinnen/Ärzten geben Sie bitte den **Namen Ihrer Krankenkasse** an:

**5.2** Führen Sie bitte hier die Gesundheitsstörungen (zum Beispiel Wirbelsäulenleiden, Bluthochdruck) auf, die – neu – als Beeinträchtigungen festgestellt werden sollen oder sich geändert/verschlimmert haben.

Lesen Sie bitte hierzu vorher die Erläuterungen zu 5.2 auf der Seite 6 !

–

## 6 Angaben zu Ihren ärztlichen Behandlungen zu 5 (in den letzten 2 Jahren)

**6.1 Hausarzt**

| Name | Fachgebiet | Behandlung von - bis<br>bis |
|---|---|---|
| Straße, Hausnummer | PLZ | Ort |

**6.2 Weitere Ärzte**

**Hinweis**: Sie können die Dauer des Verfahrens beeinflussen. Fragen Sie bitte bei Ihrem Hausarzt nach, ob dort Befunde sämtlicher von Ihnen nachstehend angegebener Fachärzte - außer Augen- und HNO-Ärzte und Krankenhäuser/Kurkliniken - vorliegen und bitten Sie ihn gegebenenfalls, diese Unterlagen auf Anfrage der zuständigen Stelle zur Verfügung zu stellen.

**Facharzt**

| Name | Fachgebiet | Behandlung von - bis<br>bis |
|---|---|---|
| Straße, Hausnummer | PLZ | Ort |

Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein

**Facharzt**

| Name | Fachgebiet | Behandlung von - bis<br>bis |
|---|---|---|
| Straße, Hausnummer | PLZ | Ort |

Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein

**Facharzt**

| Name | Fachgebiet | Behandlung von - bis<br>bis |
|---|---|---|
| Straße, Hausnummer | PLZ | Ort |

Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein

## 7 Angaben zu Ihren Krankenhausbehandlungen zu 5 (in den letzten 2 Jahren)

| Name des Krankenhauses | Abteilung / Station |
|---|---|
| Straße, Hausnummer | PLZ<br>Ort |
| Behandlung von - bis<br>bis | Ambulant ☐ Stationär ☐ |

Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein

| Name des Krankenhauses | Abteilung / Station |
|---|---|
| Straße, Hausnummer | PLZ Ort |
| Behandlung von - bis<br>bis | Ambulant ☐ Stationär ☐ |

Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein

## 8 Angaben zu Ihren Rehabilitationsverfahren/Kuren zu 5 (in den letzten 2 Jahren)

| | |
|---|---|
| Name der Klinik | Behandlung von bis<br>bis |
| Straße, Hausnummer | PLZ Ort |
| Name des Kostenträgers | Straße, Hausnummer |
| PLZ Ort | Mitgliedsnummer/ Geschäftszeichen |
| Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein | |

## 9 Sonstige Angaben zu Ihren unter 5 geltend gemachten Gesundheitsstörungen

**9.1** Erhalten Sie eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung (gegebenenfalls ab wann) oder haben Sie dort einen Antrag gestellt (gegebenenfalls wann) ?
Laufen Untersuchungen beim Sozialversicherungsträger oder sind Klagen beim Sozialgericht anhängig?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar ab/am _____(Monat/Jahr)

**9.2**

| Name des Sozialversicherungsträgers | Rentenversicherungsnummer |
|---|---|
| | |

**9.3** Erhalten Sie Blindengeld oder Hilfe für Gehörlose vom Landschaftsverband oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar ab/am _____(Monat/Jahr)

**9.4** Erhalten Sie Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit von Ihrer Pflegekasse/Krankenkasse oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar ab/am _____(Monat/Jahr)

**9.5** Ist ein Gutachten des Medizinischen Dienstes Ihrer Krankenkasse oder ein sonstiges medizinisches Gutachten erstellt worden?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar zuletzt am_ _____(Monat/Jahr)

**9.6**

| Anschrift des Leistungsträgers zu 9.3 bis 9.5 (Landschaftsverband/ Pflegekasse/Krankenkasse) | Geschäfts-/Aktenzeichen |
|---|---|
| | |

## 10 Angaben zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen und Ausstellung eines Ausweises

**10.1** Es soll festgestellt werden, dass die gesundheitlichen Voraussetzungen für folgende Merkzeichen vorliegen:
(Bitte beachten Sie die Erläuterungen unter 10.1 auf der Seite 7 und kreuzen Sie gegebenenfalls an)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ **- G -** | ☐ **- aG -** | ☐ **- B -** | ☐ **- RF -** | ☐ **- H -** | ☐ **- 1. Kl. -** | ☐ **- Bl -** | ☐ **- Gl -** |

**10.2** ☐ Ich benötige keinen Ausweis.

**10.3** Falls ein Ausweis ausgestellt wird, ist dieser ab dem Tag des Antragseingangs gültig. Wenn Sie ein besonderes Interesse glaubhaft machen, kann auch ein früherer Gültigkeits-Zeitpunkt eingetragen werden.

Ich beantrage eine Rückwirkung ab: _____ wegen ☐ Steuer ☐ Rente

oder wegen _____

## 11 Erklärungen

**11.1** **Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.**

**11.2** **Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigefügten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem SGB IX nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die zuständige Stelle in diesem Verwaltungsverfahren und in einem eventuell sich anschließenden Vorverfahren von den genannten Ärztinnen/Ärzten, Krankenanstalten/Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt, Sanatorium), Trägern der Sozialversicherung, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen und Behörden Auskünfte einholt und Unterlagen beizieht in dem Umfang, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geben können. Mein Einverständnis gilt auch für Unterlagen, die diese Ärztinnen/Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärztinnen/Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Die beteiligten Ärztinnen/Ärzte entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Auskünfte und Unterlagen in den Verfahren verwendet werden.**

☐ **Ja** ☐ **Nein**

**Falls ich diese Einverständniserklärung widerrufen oder einschränken will, werde ich eine gesonderte Erklärung abgeben.**

**11.3** **Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Stelle mit diesem Verfahren nach dem SGB IX zugänglich gemacht worden sind, auch**

- **beauftragten Gutachterinnen/Gutachtern zur medizinischen Beurteilung,**
- **anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben sowie**
- **den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit**

**übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr.1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).**

**Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann.**

**Dem Antrag füge ich bei:**

☐ 1 Lichtbild aus neuester Zeit (45 x 35 mm im Hochformat ohne Rand, mit Ihrem Namen auf der Rückseite) - nur erforderlich ab Vollendung des 10. Lebensjahres für die Ausstellung eines Ausweises -

☐ Ergänzungsbögen zum Antrag

☐ Beim Ausfüllen dieses Antrages hat mir geholfen und steht hierzu für telefonische Rückfragen zur Verfügung (Angabe freiwillig):

Herr/Frau _ _____ Telefon-Nr.: _ _____

_ _____ _____

**Ort** **Datum**

.....

**Unterschrift**

der Antragstellerin/des Antragstellers und/oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers

# Erläuterungen zum Ausfüllen des Antragsvordrucks SB 5/26a 01/08

Sollten Sie Fragen zum Antrag haben, wenden Sie sich bitte persönlich oder telefonisch während der Sprechstunden oder nach vorheriger Vereinbarung an die für Sie zuständige Stelle.

**Sofern der im Antragsvordruck vorgesehene Raum nicht ausreicht, führen Sie bitte Ihre Angaben auf einem gesonderten Blatt fort.**

**zu 1**

Tragen Sie hier bitte die für Ihren Wohnort oder Aufenthaltsort zuständige Stelle ein.
Anschriften und Zuständigkeitsbereiche finden Sie auf dem farbigen Einlegeblatt.

**zu 2**

Nach der **Erwerbstätigkeit** wird gefragt, weil für erwerbstätige Antragstellerinnen/Antragsteller, deren Schwerbehinderung (Grad der Behinderung mindestens 50) noch nicht festgestellt ist, besondere Regelungen zum Kündigungsschutz und zum Verfahren gelten. Erwerbstätig in diesem Sinne sind Sie, wenn Sie abhängig beschäftigt sind, selbständig Tätige gehören nicht dazu.

Den besonderen Kündigungsschutz am Arbeitsplatz haben Sie, wenn Sie im Zeitpunkt der Kündigung die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch nachweisen können oder Ihre Schwerbehinderung offensichtlich ist. Dies gilt nicht, wenn wegen Ihrer fehlenden Mitwirkung über den Antrag noch nicht entscheiden konnte. Ihre Mitwirkungspflicht haben Sie in der Regel erfüllt, wenn Sie einen ausgefüllten und unterschriebenen Antragsvordruck vorlegen, mit dem Sie hinsichtlich der beigefügten oder noch beizuziehenden Unterlagen die angegebenen Ärztinnen/Ärzte und Dritte von der Schweigepflicht entbinden.

Um die Zeit zwischen dem Stellen des Antrages und dem Erteilen des Bescheides zu verkürzen, in der Sie und Ihr Arbeitgeber nicht wissen, ob Ihnen die Rechte und Nachteilsausgleiche wegen Schwerbehinderung zustehen, hat der Gesetzgeber für das Erstellen sowohl des ärztlichen Gutachtens als auch des Bescheides verkürzte Bearbeitungsfristen vorgeschrieben.

Falls Sie an Ihrem Arbeitsplatz akut von Kündigung bedroht sind und den besonderen Kündigungsschutz nach dem SGB IX in Anspruch nehmen wollen, wird dringend empfohlen, sich telefonisch mit der für Sie zuständigen Stelle in Verbindung zu setzen, um Möglichkeiten, das Verfahren zu beschleunigen, wahrnehmen zu können.

**zu 4.2**

Wenn bereits eine andere Stelle eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) festgesetzt hat, kann diese für die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) übernommen werden. Falls Sie dies wünschen, brauchen weitere Einzelheiten zu Ihrem Gesundheitszustand nicht aufgeklärt zu werden, Sie können dann gleich zu den Angaben unter Nr. 10 übergehen. Wenn Sie aber möchten, dass Gesundheitsstörungen festgestellt werden, die von der anderen Stelle bisher nicht berücksichtigt wurden, machen Sie bitte weitere Angaben ab der Nr. 5.

**zu 5.2**

Geben Sie bitte hier alle Gesundheitsstörungen an, die als Behinderung festgestellt werden sollen. Dabei kommt es nicht darauf an, dass Sie die Gesundheitsstörungen mit den genauen medizinischen Fachausdrücken bezeichnen. Es reicht aus, wenn Sie in die vorgegebenen Spalten zum Beispiel „Bluthochdruck“, „Wirbelsäulenerkrankung“ oder „Herzerkrankung“ eintragen.

Hierbei wird in Ihrem Interesse von der Vermutung ausgegangen, dass alle bei Ihnen vorliegenden Gesundheitsstörungen als Behinderung festgestellt werden sollen. Es werden daher bei von Ihnen unter 6 bis 9 im Vordruck benannten Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern, Kliniken und Leistungsträgern Ihre gesamten derzeitigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfragt, um den höchstmöglichen Grad der Behinderung bzw. die maximale Anzahl an Merkzeichen zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen feststellen zu können.

**Es steht Ihnen jedoch völlig frei zu entscheiden, dass bestimmte Gesundheitsstörungen auf keinen Fall als Behinderung festgestellt werden. Eine solche Beschränkung des Antrages nehmen Sie bitte formlos auf einem gesonderten Blatt vor.** Bedenken Sie hierbei bitte, dass die nicht als Behinderung festzustellenden Gesundheitsstörungen auch bei der Bewertung des Grades der Behinderung (GdB) außer Acht gelassen werden müssen.

**Bitte trennen Sie das folgende Blatt (Seiten 7 und 8) ab und nehmen Sie es zu Ihren Unterlagen, damit Sie die Informationen zum Verfahrensablauf greifbar haben.**

**zu 6** Tragen Sie bitte nur die Ärztinnen/Ärzte ein, die Ihre unter Nummer 5.2 genannten Gesundheitsstörungen in den letzten 2 Jahren behandelt haben. Sollten mehrere als Hausärzte zu benennen sein, ergänzen/ändern Sie bitte die Titelzeile über dem entsprechenden Namensfeld.
Die **genaue** Angabe der Namen und Anschriften der behandelnden Ärztinnen/Ärzte ist besonders wichtig. Sie vermeiden damit Rückfragen und andere Verzögerungen in der Bearbeitung Ihres Antrages.

**Zum Beispiel:**

| | | |
|---|---|---|
| Name<br>**Frau Dr. Inge Heilsam** | Fachgebiet<br>**Orthopädie** | Behandlung von - bis<br>**2001 - 2004** |
| Straße, Hausnummer<br>**Musterstraße 55** | PLZ<br>**99999** | Ort<br>**Musterdorf** |

**zu 7** Neben der **genauen** Bezeichnung des Krankenhauses und seiner vollständigen Anschrift ist es wichtig, auch die Abteilung bzw. Station anzugeben, auf der Sie behandelt wurden. Kreuzen Sie bitte auch an, ob Sie ambulant oder stationär behandelt werden mussten.

**zu 8** Geben Sie hier bitte auch den Namen und die Anschrift des Leistungsträgers an, der die Kosten der Rehabilitationsverfahren/Kuren getragen hat (Kostenträger), da häufig die Unterlagen nur von dort zu erhalten sind.

**zu 10.1** Wenn Sie der Meinung sind, dass gesundheitliche Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen bei Ihnen vorliegen, kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen an.

| | **Erläuterungen zu den Merkzeichen** |
|---|---|
| **- G -** | **Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr**<br>Ein Mensch ist in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt, wenn er infolge einer Einschränkung des Gehvermögens, auch durch innere Leiden, oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurücklegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden (ca. 2 km in etwa ½ Stunde) . |
| **- aG -** | **Außergewöhnliche Gehbehinderung**<br>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. |
| **- B -** | **Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson**<br>Schwerbehinderten Menschen sind zur Mitnahme einer Begleitperson berechtigt, wenn sie bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln infolge ihrer Behinderung regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind. |
| **- RF -** | **Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht**<br>Aus gesundheitlichen Gründen sind nach landesrechtlichen Vorschriften folgende Menschen von der Rundfunkgebührenpflicht zu befreien:<br>- Blinde oder nicht nur vorübergehend wesentlich Sehbehinderte mit einem GdB von wenigstens 60 allein wegen der Sehbehinderung.<br>- Hörgeschädigte, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist.<br>- Schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von wenigstens 80, die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können.<br>**Die behinderten Menschen müssen allgemein von öffentlichen Zusammenkünften ausgeschlossen sein. Es genügt nicht, dass sich die Teilnahme an einzelnen, nur gelegentlich stattfindenden Veranstaltungen -bestimmter Art- verbietet.** |
| **- H -** | **Hilflosigkeit**<br>Hilflos ist ein Mensch, wenn er für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf. |

| | |
|---|---|
| **- 1. Kl -** | **Notwendigkeit für die Benutzung der 1. Wagenklasse**<br>Die Voraussetzungen für die Benutzung der 1. Wagenklasse mit dem Fahrausweis der 2. Wagenklasse erfüllen ausschließlich Kriegsbeschädigte und Verfolgte im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um wenigstens 70 v.H., wenn der auf den anerkannten Schädigungsfolgen beruhende körperliche Zustand bei Eisenbahnfahrten ständig die Unterbringung in der 1. Wagenklasse erfordert. |
| **- Bl -** | **Blindheit**<br>Blind ist ein Mensch, der das Augenlicht vollständig verloren hat; als blind ist auch ein Mensch anzusehen, dessen Sehschärfe auf dem besseren Auge nicht mehr als 1/50 beträgt oder bei dem eine dem Schweregrad dieser Sehschärfe gleichzuachtende, nicht nur vorübergehende Störung des Sehvermögens vorliegt. |
| **- Gl -** | **Gehörlosigkeit**<br>Gehörlos ist ein Mensch, bei dem Taubheit beiderseits oder eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit beiderseits verbunden mit schweren Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz) vorliegt. In der Regel zählen hierzu hörbehinderte Menschen, bei denen die an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit angeboren oder in der Kindheit erworben ist. |

**zu 10.3**

Bitte beachten Sie, dass der Pauschbetrag vom Finanzamt bereits für das Jahr der Antragstellung gewährt wird, auch wenn die Voraussetzungen nur an mindestens einem Tag im Jahr vorgelegen haben. Sofern Sie jedoch ein besonderes Interesse (z.B. aus steuerlichen Gründen) daran haben, dass feststellt wird, dass Schwerbehinderung, Grad der Behinderung oder gesundheitliche Merkmale schon vor der Antragstellung vorgelegen haben, tragen Sie bitte das entsprechende Datum ein und geben Sie den Grund an.

**zu 11**

**Bitte lesen Sie die Erklärungen sorgfältig durch und vergessen Sie bitte nicht das Ankreuzen und Ihre Unterschrift !**

## Informationen zum Verfahrensablauf

Wenn dieser ausgefüllte und unterschriebene Antragsvordruck der zuständigen Stelle vorliegt und die eventuell von Ihnen beigefügten Unterlagen für eine Feststellung nicht ausreichen, werden von Ihnen benannte Ärztinnen/Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Stellen ( z. B. Rentenversicherungsträger, Pflegekasse) angeschrieben. Diese werden gebeten, medizinische Unterlagen über die bei Ihnen vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu übersenden. Kosten entstehen Ihnen dadurch nicht. Falls Sie Unterlagen selbst besorgen, können Aufwendungen hierfür (zum Beispiel Porto, Kosten für Atteste oder Gutachten) allerdings im Feststellungsverfahren nicht erstattet werden.

Sobald die notwendigen medizinischen Unterlagen vorliegen, werden sie unter ärztlicher Beteiligung ausgewertet. Falls die Unterlagen zur Feststellung des Grades der Behinderung und/oder der Merkzeichen ausnahmsweise nicht ausreichen und eine ärztliche Untersuchung erforderlich ist, werden Sie noch besonders benachrichtigt.

Unter Berücksichtigung der medizinisch-gutachtlichen Prüfung erteilt dann die/der zuständige Sachbearbeiter/in den Feststellungsbescheid. Mit ihm zusammen erhalten Sie, falls der Grad der Behinderung mindestens 50 beträgt, den Schwerbehindertenausweis.

Die zuständige Stelle ist bemüht, über Ihren Antrag alsbald zu entscheiden. Sie wird zwar die angeschriebenen Ärztinnen/Ärzte und Stellen bitten, die Anfragen beschleunigt zu beantworten und auch gegebenenfalls mehrfach erinnern. Es lässt sich aber nicht ausnahmslos erzwingen, dass Unterlagen ohne Verzögerung übersandt werden. Erfahrungsgemäß nehmen die Ermittlungen deshalb einige Wochen in Anspruch. Bitte bedenken Sie dies, wenn Sie sich nach dem Stand der Angelegenheit erkundigen möchten.

**Vielen Dank im voraus für Ihr Verständnis.**