

Versorgungsamt _____

Geschäftszeichen

Eingangsstempel

Antrag nach § 4 des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG)

Bitte sorgfältig und möglichst in Maschinen- oder Blockschrift ausfüllen!

Zutreffendes ankreuzen

Name, Vorname (ggf. Geburtsname) der/ des Behinderten

Geburtsdatum

männlich

weiblich

Anschrift der Antragstellerin/ des Antragstellers (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort, Telefon)

Kreis

Gemeinde/ Amt

Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Vormund oder Pfleger bestellt ist, bitte Name, Vorname und Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder des bestellten Pflegers angeben und ggf. Bestallungsurkunde vorlegen.

Beruf der Antragstellerin/ des Antragstellers _____

Üben Sie den Beruf aus?

ja nein

Nur bei nichtdeutscher Staatsangehörigkeit ausfüllen. Staatsangehörigkeit

Von Ausländern und Staatenlosen ist die amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltserlaubnis bzw. -berechtigung oder eine beglaubigte Abschrift bzw. Kopie hiervon vorzulegen oder nebenstehende Bestätigung durch die zuständige Ausländerbehörde vornehmen zu lassen.

Von Grenzarbeitnehmern ist die Arbeitsbescheinigung des jetzigen Arbeitgebers und ggf. die Aufenthaltserlaubnis bzw. amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltserlaubnis bzw. -berechtigung oder den Ausweis für den kleinen Grenzverkehr vorzulegen **oder** nebenstehende Bestätigung durch die zuständige Ausländerbehörde vornehmen zu lassen.

Die Antragstellerin/ Der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf.

Aufenthaltserlaubnis/ -berechtigung ist beschränkt bis _____

(Datum, Stempel, Unterschrift d. Ausländerbehörde)

Angaben über die Behinderung und ihre Feststellung

Welche Behinderungen liegen vor?

Ursachenschlüssel

a)

b)

c)

d)

Bitte zu jeder Behinderung die jeweils zutreffende Schlüsselzahl eintragen

1 = angeborene Behinderung

2 = Arbeitsunfall (einschl. Wege- und Betriebswegunfall), Berufskrankheit

4 = Verkehrsunfall

5 = häuslicher Unfall

6 = sonstiger Unfall

7 = Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung

9 = sonstige Krankheit (einschl. Impfschaden)

10 = sonstige oder mehrere Ursachen

Haben Sie bereits einen Antrag nach dem Schwerbehindertengesetz gestellt?

nein ja, bei

GZ:

Angaben zum Ausweis nach dem Recht der ehemaligen DDR

Ich bin Inhaber eines bis _____ gültigen

Beschädigtenausweises (Stufe 1)

Schwerbeschädigtenausweises (Stufe 2)

Schwerstbeschädigtenausweises (Stufe 3)

Ausweises für Schwerstbeschädigte mit Begleiter (Stufe 4)

Ich beantrage, die Behinderteneigenschaft festzustellen

ab Antragsmonat

ab _____

(aus welchem Grund?)

Behandelnde Ärzte		
Hausarzt Name und Anschrift		
Fachärzte		
Behandlung von - bis	Name und Anschrift	wegen welcher Behinderungen
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Krankenhausbehandlung in den letzten 5 Jahren		
von - bis	Name und Anschrift des Krankenhauses, Station bzw. Abteilung	wegen welcher Behinderungen
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Letzte Kurbehandlung in den letzten 5 Jahren		
von - bis	Name und Anschrift der Kuranstalt und des Kostenträgers sowie dessen Aktenzeichen	wegen welcher Behinderungen
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Bei welchen Stellen befinden sich weitere ärztliche Unterlagen (z.B. Berufsgenossenschaft, Landesversicherungsanstalt, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Gesundheitsamt, Bundesbahnversicherungsanstalt, Arbeitsamt)?		
Behörde/ Dienststelle - genaue Anschrift	Geschäftszeichen	für welche Behinderungen

Angaben zum Ausweis

Ich beantrage die Ausstellung eines Ausweises.

Folgende gesundheitlichen Merkmale beantrage ich festzustellen:

Merkzeichen "G" (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr/ bei der Kfz- Steuer wegen erheblicher Gehbehinderung)

Merkzeichen "B" (Freifahrt für eine Begleitperson wegen der Notwendigkeit ständiger Begleitung)

Merkzeichen "aG" (Parkerleichterung wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung, z.B. Querschnittsgelähmte, Doppelbeinamputierte)

Merkzeichen "H" (Nachteilsausgleiche wegen Hilflosigkeit, Notwendigkeit dauernder Hilfe in erheblichem Umfang)

Merkzeichen "RF" (Rundfunkgebührenbefreiung und Telefongebührenermäßigung)

Merkzeichen "Bl" (Blindheit)

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Willen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden, soweit dies für die Erledigung meines Antrages erforderlich ist.

Soweit Sie ärztliche Unterlagen in Ihren Händen haben, fügen Sie diese bitte bei.

Im Rahmen der weiteren Sachaufklärung wird vorraussichtlich die Einholung medizinischer Auskünfte erforderlich.

Dazu benötigt das Versorgungsamt Ihr Einverständnis. Sie werden deshalb gebeten, die anhängenden Erklärungen (dreifach) auszufüllen und zu unterschreiben.

Als Anlage füge ich bei:

Ort/ Datum

Unterschrift

Vor- und Zuname _____
Straße, Haus- Nr. _____
Postleitzahl, Ort _____

Für amtliche Vermerke
GZ _____

Betr.: Feststellungsverfahren nach dem Schwerbehindertengesetz;
hier: Antrag vom

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt in diesem Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht im erforderlichen Umfang von Krankenanstalten und Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben, sowie von Behörden ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsunterlagen bezieht und sonstige ärztliche Auskünfte, insbesondere Fundberichte, einholt.
Insoweit entbinde ich die vom Versorgungsamt ersuchten Ärzte, Krankenanstalten und Behörden von ihrer Schweigepflicht.

Raum für etwaige Einschränkung des Einverständnisses _____

Datum _____ Unterschrift _____

Vor- und Zuname _____
Straße, Haus- Nr. _____
Postleitzahl, Ort _____

Für amtliche Vermerke
GZ _____

Betr.: Feststellungsverfahren nach dem Schwerbehindertengesetz;
hier: Antrag vom

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt in diesem Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht im erforderlichen Umfang von Krankenanstalten und Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben, sowie von Behörden ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsunterlagen bezieht und sonstige ärztliche Auskünfte, insbesondere Fundberichte, einholt.
Insoweit entbinde ich die vom Versorgungsamt ersuchten Ärzte, Krankenanstalten und Behörden von ihrer Schweigepflicht.

Raum für etwaige Einschränkung des Einverständnisses _____

Datum _____ Unterschrift _____

Vor- und Zuname _____
Straße, Haus- Nr. _____
Postleitzahl, Ort _____

Für amtliche Vermerke
GZ _____

Betr.: Feststellungsverfahren nach dem Schwerbehindertengesetz;
hier: Antrag vom

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt in diesem Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht im erforderlichen Umfang von Krankenanstalten und Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben, sowie von Behörden ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsunterlagen bezieht und sonstige ärztliche Auskünfte, insbesondere Fundberichte, einholt.
Insoweit entbinde ich die vom Versorgungsamt ersuchten Ärzte, Krankenanstalten und Behörden von ihrer Schweigepflicht.

Raum für etwaige Einschränkung des Einverständnisses _____

Datum _____ Unterschrift _____
