1 An die für das Feststellungsverfahren nach dem Schwerbehindertenrecht zuständige Stelle

Kreis/Kreisfreie Stadt	Geschäfts-/Aktenzeichen	Eingangsstempel
Kreisverwaltung Siegburg Kaiser-Wilhelm-Platz 1 53721 Siegburg		

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen bzw. streichen

☐ **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),
- ☐ zur Feststellung - weiterer - gesundheitlicher Merkmale (s. Seite 3 - Ziffer 10.1)
- ☐ sowie zur 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

zwei Mal zu unterschreiben.

Wenn sich Unterlagen über Ihren Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflege-, Betreuungsgutachten, EKG-, Labor- und Röntgenbefunde - keine Röntgenbilder-) in Ihrem Besitz 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, zu gesetzlichen Vertretern, Betreuern und Bevollmächtigten

Name der Antragstellerin/ des Antragstellers			**Vorname**	
Geburtsname	**Geburtsort**	**Geburtsstaat**	**geboren am**	**weiblich** ☐ **männlich** ☐
Staatsangehörigkeit (siehe Erläuterungen Seite 6)	Bitte **Kopie des Aufenthaltstitels** beifügen, wenn Sie ausländische/r Mitbürger/in eines Landes sind, das **nicht der EU** angehört. Wenn Sie im **Ausland wohnen** und einen Arbeitsplatz in Deutschland haben, bitte **Bescheinigung des jetzigen Arbeitgebers** beifügen.			
Straße, Hausnummer				
PLZ	Wohnort			
Telefon-Nr. (Angabe freiwillig)			Sind Sie erwerbstätig? (siehe Erläuterungen Seite 6) ☐Ja	
Bei Minderjährigen unter 15 Jahren: Nachname, Vorname des 1. Elternteils			**sorgeberechtigt** ☐ Ja	
Anschrift:			**Tel.-Nr. (freiwillig)**	
Bei Minderjährigen unter 15 Jahren: Nachname, Vorname des 2. Elternteils			**sorgeberechtigt** ☐ Ja	
Anschrift:			**Tel.-Nr. (freiwillig)**	
Bitte eine Vollmacht bzw. Kopie der Bestellungsurkunde oder des Betreuungsausweises beifügen				
andere gesetzliche Vertretung, Bevollmächtigung: Nachname, Vorname			**weiblich** ☐ **männlich** ☐	
Anschrift:			**Tel.-Nr. (freiwillig)**	

3 Angaben zu einer anderweitigen Feststellung

3.1 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, einem Landschaftsverband oder einer Behörde der Bundeswehrverwaltung (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 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.

3.2 Möchten Sie über die vorgenannte anderweitige Feststellung (Ziffer 3.1) hinaus weitere Gesundheitsstörungen oder eine Verschlimmerung bereits festgestellter (Funktions-)Beeinträchtigungen geltend machen?

☐ Ja - Bitte weiter mit Nr. 4 ff - ☐ Nein - Bitte weiter mit Nr. 10 ff -

4 Angaben zu Ihrer Krankenkasse

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

_____

5 Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen

Führen Sie bitte hier die Gesundheitsstörungen (z.B. Wirbelsäulenleiden, Bluthochdruck) auf, die – neu – als Beeinträchtigungen festgestellt werden sollen oder sich geändert/verschlimmert haben. Es reicht **nicht** aus, auf beim Arzt anzufordernde Unterlagen zu verweisen.

Lesen Sie bitte hierzu vorher die Erläuterungen zu 5 auf der Seite 6!

Gesundheitsstörungen:	**Ursachen** -Ziffer-	**Mögliche Ursachen**:
		01 = angeborene Ursache **02 = Arbeitsunfall (einschl. Wege-Betriebswegeunfall) /Berufskrankheit** **04 = Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall** **05 = häuslicher Unfall** **06 = sonstiger Unfall** **07 = Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung** **09 = sonstige Krankheit (auch Impfschaden ohne Berufskrankheit)** **10 = sonstige Ursache oder mehrere Ursachen**

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

6.1

Hausarzt : Name	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat /Jahr)
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 von Augen- und HNO-Ärzten und Krankenhäusern / Kurkliniken - vorliegen und bitten Sie ihn gegebenenfalls, diese Unterlagen auf Anfrage der zuständigen Stelle zur Verfügung zu stellen.

Facharzt : Name	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat /Jahr)
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?	☐ Ja	☐ Nein

Facharzt : Name	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat /Jahr)
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?	☐ Ja	☐ Nein

Facharzt : Name	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat /Jahr)
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	**Wichtig!** Abteilung / Station (z.B. Innere / Orthopädie)	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Behandlung von - bis	Ambulant ☐	Stationär ☐
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?	☐ Ja	☐ Nein

Name des Krankenhauses	**Wichtig!** Abteilung / Station (z.B. Innere / Orthopädie)	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Behandlung von - 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	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Name des Kostenträgers		Mitgliedsnummer/ Geschäftszeichen/Versicherungsnummer	
PLZ	Ort	Straße, Hausnummer	
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?		☐ Ja ☐ Nein	

9 Sonstige Angaben zu Ihren unter 5 geltend gemachten Gesundheitsstörungen

Name und Anschrift des Leistungsträgers bzw. der Stelle	**ärztliche Unterlagen bzw. Gutachten**	**Datum des Gutachtens/ der ärztl. Untersuchung**	**Geschäfts-/Aktenzeichen, Versicherungsnummer**
Pflegekasse Pflegegrad: ____	☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt		
Landschaftsverband (Blindengeld, Hilfe für Gehörlose)	☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt		
Gericht (u.a. Betreuungsgutachten)	☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt		
Agentur für Arbeit	☐ Ja ☐ Nein		
Gesundheitsamt	☐ Ja ☐ Nein		
Rentenversicherungsträger	☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt		

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 -**	☐ **- TBl -**	☐ **- H**	☐ **-1.Kl -**	☐ **- Bl -**	☐ **- Gl -**

10.2 ☐ Ich benötige keinen Ausweis.

10.3 Die Feststellung ist ab dem Tag des Antragseingangs gültig. Wenn Sie ein **besonderes Interesse** (z.B. Steuer/ Rente) glaubhaft machen, kann auch ein früherer Gültigkeits-Zeitpunkt bescheinigt werden.
Ich beantrage eine Rückwirkung ab: _____ wegen ☐ Steuer ☐ Rente
oder wegen _____

Hinweis: Das Finanzamt gewährt den Pauschbetrag nach dem Einkommensteuergesetz (EStG) bereits für das Jahr der Antragstellung, wenn die Voraussetzungen an mindestens einem Tag im Kalenderjahr vorgelegen haben.

Steuer - Identifikationsnummer zur Übermittlung der erforderlichen Daten an das Finanzamt:
_____ Zuständiges Finanzamt: _____

11 Erklärungen:

11.1

Schweigepflichtsentbindung, Einverständnis zur dauerhaften Lichtbildspeicherung sowie zur Übermittlung der Daten an die Finanzbehörde

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, Psychologen und Psychotherapeuten, Krankenanstalten/Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt, Sanatorium), Trägern der Sozialversicherung, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Behörden, Gerichten sowie von den sonstigen von mir benannten Stellen (s. Ziffer 9 des Antragsvordruckes) 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, Psychologen und Psychotherapeuten entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Auskünfte und Unterlagen in den Verfahren verwendet werden.

Falls ich die Einverständniserklärung widerrufen oder einschränken will, mache ich folgende Erklärung: _____

_____

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.

Mit der dauerhaften Speicherung meines Lichtbildes zur Ausweisausstellung bin ich einverstanden. (Falls nicht zutreffend, bitte streichen.)

Mit der Übermittlung der zur Inanspruchnahme des Behindertenpauschbetrages erforderlichen Daten an das zuständige Finanzamt bin ich einverstanden. (Falls nicht zutreffend, bitte streichen.)

Datum: _____

Unterschrift: _____

der Antragstellerin/ des Antragstellers, des gesetzlichen Vertreters, des Betreuers oder des Inhabers einer entsprechenden Vollmacht (Vorsorgevollmacht)

Bei Minderjährigen unter 15 Jahren bitte Unterschriften aller sorgeberechtigten Personen!

Unterschrift: _____	**Unterschrift:** _____

11.2

Unterschrift für die rechtswirksame Antragstellung

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

Datum: _____

Unterschrift: _____

der Antragstellerin/des Antragstellers, des Betreuers, des Vertreters

Bei Minderjährigen unter 15 Jahren bitte Unterschriften aller sorgeberechtigten Personen!

Unterschrift: _____	**Unterschrift:** _____

Dem Antrag füge ich bei:

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

☐ Nachweis - Aufenthaltsstatus ☐ Ergänzungsbogen zum Antrag

Erläuterungen zum Ausfüllen des Antragsvordrucks SB 5/26a 00/ 17

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.

Für die bloße Verlängerung der Gültigkeitsdauer eines Ausweises ist dieser Antrag nicht erforderlich.

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

Beachten Sie bitte, dass auf Seite -5- zwei Unterschriften geleistet werden müssen!

zu 1 Tragen Sie hier bitte die für Ihren Wohnort oder Aufenthaltsort zuständige Stelle ein. Anschriften und Zuständigkeitsbereiche finden Sie auf dem Einlegeblatt.

zu 2 Bei ausländischen oder staatenlosen Mitbürgerinnen/ Mitbürgern benötigen wir zum Nachweis des rechtmäßigen Aufenthalts eine Bescheinigung der zuständigen Ausländerbehörde oder eine beglaubigte Kopie des Passes; bei Kindern unter 16 Jahren, die genannten Unterlagen eines Erziehungsberechtigten.

Nach der **Erwerbstätigkeit** wird gefragt, weil für erwerbstätige Antragstellerinnen/Antragsteller, deren Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch 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 entschieden werden 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 der Antragstellung und Bescheiderteilung zu verkürzen, in der Sie und Ihr Arbeitgeber nicht wissen, ob Ihnen die Rechte und Nachteilsausgleiche als schwerbehinderter Mensch zustehen, hat der Gesetzgeber sowohl für die Fertigung des ärztlichen Gutachtens als auch für die Erteilung 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 3 Wenn bereits eine andere Stelle eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder einen Grad der Schädigung (GdS) 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. 4.

zu 5 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 Zeilen 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, Leistungsträgern und Stellen 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 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 **Frau Dr. Inge Heilsam**	Fachgebiet **Orthopädie**	letzte Behandlung (Monat/ Jahr) **11 / 2013**
Straße, Hausnummer **Musterstraße 55**	PLZ **99999**	Ort **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** Das Merkzeichen G steht Menschen zu, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind und dadurch Wegstrecken nur mit Schwierigkeiten bewältigen können. Die Bewegungsfähigkeit kann durch ein eingeschränktes Gehvermögen (auch durch innere Leiden), infolge von Anfällen oder eine gestörte Orientierungsfähigkeit beeinträchtigt sein.
- aG -	**außergewöhnliche Gehbehinderung** Außergewöhnliche Gehbehinderte sind Personen mit einer erheblichen mobilitätsbezogenen Teilhabebeeinträchtigung, die einem Grad der Behinderung von mindestens 80 entspricht. Eine erhebliche mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung liegt vor, wenn sich die schwerbehinderten Menschen wegen der Schwere ihrer Beeinträchtigung dauernd nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Hierzu zählen insbesondere schwerbehinderte Menschen, die aufgrund der Beeinträchtigung der Gehfähigkeit und Fortbewegung - dauerhaft auch für sehr kurze Entfernungen - aus medizinischer Notwendigkeit auf die Verwendung eines Rollstuhls angewiesen sind. Verschiedenste Gesundheitsstörungen (insbesondere Störungen bewegungsbezogener, neuromuskulärer oder mentaler Funktionen, Störungen des kardiovaskulären oder Atmungssystems) können die Gehfähigkeit erheblich beeinträchtigen. Diese sind als außergewöhnliche Gehbehinderung anzusehen, wenn nach versorgungsärztlicher Feststellung die Auswirkung der Gesundheitsstörungen sowie deren Kombination auf die Gehfähigkeit dauerhaft so schwer ist, dass sie der unter Satz 1 genannten Beeinträchtigung gleich kommt.“
- B -	**Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson** Das Merkzeichen B steht Menschen zu, die wegen ihrer Behinderung öffentliche Verkehrsmittel regelmäßig nur mit fremder Hilfe benutzen können.
- RF -	**Ermäßigung des Rundfunkbeitrages** Aus gesundheitlichen Gründen erhalten folgende Menschen eine Ermäßigung des Rundfunkbeitrages: - Blinde oder nicht nur vorübergehend wesentlich Sehbehinderte mit einem GdB von wenigstens 60 allein wegen der Sehbehinderung. - Hörgeschädigte, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist. - Schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von wenigstens 80, die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können. **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.**
TBl	**Taubblind** Der schwerbehinderte Mensch hat wegen einer Störung der Hörfunktion mindestens einen Grad der Behinderung von 70 und wegen einer Störung des Sehvermögens einen Grad der Behinderung von 100.
- H -	**Hilflosigkeit** 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** Die Voraussetzungen für die Benutzung der 1. Klasse mit dem Fahrausweis der 2. Klasse erfüllen ausschließlich Kriegsbeschädigte und Verfolgte im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes mit. einem Grad der Schädigungsfolgen um wenigstens 70 v.H., wenn der auf den anerkannten Schädigungsfolgen beruhende körperliche Zustand bei Bahnfahrten ständig die Unterbringung in der 1. Klasse erfordert.

- Bl -	**Blindheit** Menschen sind blind ("Bl"), wenn ihnen das Augenlicht vollständig fehlt. Als blind gelten auch Menschen, die auf dem besseren Auge eine Sehschärfe von nicht mehr als 1/50 haben oder bei denen so schwerwiegende andere Störungen des Sehvermögens vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichzustellen sind.
- Gl -	**Gehörlosigkeit** 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. steuerliche Gründe) daran haben, dass festgestellt 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.
Die Gewährung des Behindertenpauschbetrages setzt in Zukunft **zwingend** voraus, dass die hierfür erforderlichen Daten an die für die Besteuerung des Antragstellers zuständige Finanzbehörde übermittelt werden. Hierzu ist die Angabe Ihrer Steuer - Identifikationsnummer notwendig!

zu 11

Bitte lesen Sie die Erklärungen sorgfältig durch. Vergessen Sie bitte nicht, die Schweigepflichtsentbindung sowie die Erklärung zum Antrag zu unterschreiben!
(2 Unterschriften !)

Die Schweigepflichtsentbindung ist **ausschließlich** von der Antragstellerin/ dem Antragsteller, dem gesetzlichen Vertreter oder Betreuer oder dem Inhaber einer dementsprechenden Vollmacht (Vorsorgevollmacht) zu unterschreiben.
Ohne diese Erklärungen / zwei Unterschriften dürfen keine ärztlichen Befunde beigezogen werden, so dass der Antrag nicht bearbeitet werden kann.
Bei Minderjährigen unter 15 Jahren sind die Unterschriften aller sorgeberechtigten Personen erforderlich.

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 sonstige Stellen (z. B. Rentenversicherungsträger, Gesundheitsamt, Pflegekasse, Gericht) 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. Falls die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch festgestellt wird, erhalten Sie anschließend den Schwerbehindertenausweis, sofern bereits ein Lichtbild vorliegt.

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.

Rhein-Sieg-Kreis Versorgungsamt
Kaiser-Wilhelm-Platz 1
53721 Siegburg
Tel.: 0 22 41 / 13-0
Fax: 0 22 41 / 13 32 10
versorgungsamt@rhein-sieg-kreis.de · www.rhein-sieg-kreis.de

Sprechzeiten:
Montag, Dienstag, Donnerstag, Freitag
08.00 - 12.00 Uhr
Montag, Donnerstag
14.00 - 16.00 Uhr
Mittwoch ganztägig geschlossen