



### 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, Wehrbereichsgebührenamt)? .....  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 zu diesem Punkt vorher die Erläuterungen auf der Seite 7!**

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 den unter Punkt 5 genannten Gesundheitsstörungen (in den letzten zwei Jahren)

**6.1 Hausarzt**

Name	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

**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. Bitten Sie Ihren Hausarzt, diese Unterlagen auf Anfrage der zuständigen Stelle zur Verfügung zu stellen.

<b>6.2 Weitere Ärzte</b>		
<b>Facharzt: Name</b>	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Facharzt: Name</b>	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Facharzt: Name</b>	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

**7. Angaben zu Ihren Krankenhausbehandlungen zu den unter Punkt 5 genannten Gesundheitsstörungen (in den letzten zwei Jahren)**

<b>Name des Krankenhauses</b>	<b>Wichtig!</b> Abteilung/Station (z. B. Innere, Orthopädie)	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Behandlung von - bis	<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär	
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Name des Krankenhauses</b>	<b>Wichtig!</b> Abteilung/Station (z. B. Innere, Orthopädie)	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Behandlung von - bis	<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär	
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Name des Krankenhauses</b>	<b>Wichtig!</b> Abteilung/Station (z. B. Innere, Orthopädie)	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Behandlung von - bis	<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär	
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

### 8. Angaben zu Ihren Rehabilitationsverfahren/Kuren zu den unter Punkt 5 genannten Gesundheitsstörungen (in den letzten zwei Jahren)

Name der Klinik	Behandlung von - bis	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Name des Kostenträgers	Mitgliedsnummer/Geschäftszeichen/Versicherungsnummer	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

### 9. Sonstige Angaben zu Ihren unter Punkt 5 genannten Gesundheitsstörungen

Name und Anschrift des Leistungsträgers bzw. der Stelle	ärztliche Unterlagen bzw. Gutachten	Datum des Gutachtens/ der ärztl. Untersuchung	Geschäfts-/Aktenzeichen, Versicherungsnummer
Pflegekasse Pflegegrad: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt		
Landschaftsverband (Blindengeld, Hilfe für Gehörlose)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt		
Gericht (u. a. Betreuungsgutachten)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt		
Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Rentenversicherungsträger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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 8 und kreuzen Sie gegebenenfalls an)								
	<input type="checkbox"/> - G -	<input type="checkbox"/> - aG -	<input type="checkbox"/> - B -	<input type="checkbox"/> - RF -	<input type="checkbox"/> - TBI -	<input type="checkbox"/> - H -	<input type="checkbox"/> - 1.KI -	<input type="checkbox"/> - BI -	<input type="checkbox"/> - GI -
10.2	<input type="checkbox"/> Ich benötige keinen Ausweis								
10.3	Die Feststellung ist ab dem Tag des Antragseingangs gültig. Wenn Sie ein <b>besonderes Interesse</b> (z.B. Steuer/Rente) glaubhaft machen, kann auch ein früherer Gültigkeits-Zeitpunkt bescheinigt werden. Ich beantrage eine Rückwirkung ab: _____ wegen <input type="checkbox"/> Steuer <input type="checkbox"/> Rente oder wegen _____								
	<b>Hinweis:</b> 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.								
	<b>Steuer - Identifikationsnummer zur Übermittlung der erforderlichen Daten an das Finanzamt</b>				<b>Zuständiges Finanzamt</b>				

## 11. Erklärungen

11.1

### Schweigepflichtentbindung, 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 bezieht 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 Vertre-  
ters

▼ 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



**Bitte trennen Sie die folgenden Blätter ab und nehmen Sie sie zu Ihren Unterlagen, damit Sie die Informationen zum Verfahrensablauf greifbar haben.**

### **Erläuterungen zum Ausfüllen des Antragsvordrucks**

Sollten Sie Fragen zum Antrag haben, wenden Sie sich bitte persönlich oder telefonisch an den Märkischen Kreis, Fachdienst Schwerbehindertenrecht, Bismarckstraße 17, 58762 Altena. Sie erreichen uns telefonisch unter der Rufnummer 02352 966-60 oder persönlich zu den Öffnungszeiten montags bis freitags von 8.30 bis 12.00 Uhr und donnerstags zusätzlich von 13.30 bis 15.30 Uhr. Termine außerhalb der Öffnungszeiten können telefonisch vereinbart werden.

**Für die bloße Verlängerung der Gültigkeitsdauer oder Neuausstellung eines Ausweises ist dieser Antrag nicht erforderlich.** In diesem Fall genügt ein formloses Schreiben, in dem Sie um Verlängerung/Neuausstellung bitten. **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 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.

- 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 <i>Frau Dr. Inge Heilsam</i>	Fachgebiet <i>Orthopädie</i>	letzte Behandlung (Monat/Jahr) <i>11/2015</i>
Straße, Hausnummer <i>Musterstraße 55</i>	PLZ <i>99999</i>	Ort <i>Musterdorf</i>

- 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**

Außergewöhnlich 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 Schweigepflichtentbindung sowie die Erklärung zum Antrag zu unterschreiben (**2 Unterschriften**)!
- Die Schweigepflichtentbindung 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 beim Märkischen Kreis 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 Merkmale 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.