A N T R A G
nach dem Schwerbehindertenrecht

§ 152 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)
- Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen -

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen bzw. streichen

1 Antragstellung und Antragsinhalt

1.1

An die für das Feststellungsverfahren zuständige **kommunale Schwerbehindertenstelle**

Kreis / kreisfreie Stadt / Verbund	Eingangsstempel

☐ **Erstantrag**

☐ **Änderungsantrag**

☐ zur Feststellung eines - höheren - Grades der Behinderung (GdB)

☐ zur Feststellung von - weiteren - Merkzeichen

Haben Sie bereits früher einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt?

☐ Ja — bei der folgenden Stelle — dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen — ☐ Nein

1.2 Ausweis

☐ Ich beantrage die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises.

1.3 Merkzeichen

☐ Ich beantrage die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für folgende Merkzeichen

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

1.4 Rückwirkende Feststellung

☐ Ich beantrage eine rückwirkende Feststellung ab dem Datum _____

wegen ☐ Steuer ☐ Rente ☐ _____

Bitte beachten Sie die Erläuterungen zu 1 auf Seite 7.

2 Angaben zur Person, zu gesetzlichen Vertretern, Betreuern und Bevollmächtigten

2.1 Angaben zur Person

Name der antragstellenden Person	Vorname	Geburtsname
geboren am	Geburtsort	Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Geburtsstaat	Staatsangehörigkeit	*Bitte beachten Sie die Erläuterungen zu 2 auf Seite 7.*
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefonnummer *(Angabe freiwillig)*
Sind Sie erwerbstätig?	☐ Ja ☐ Nein	*Bitte beachten Sie die Erläuterungen zu 2 auf Seite 7.*

Für Staatsangehörige eines Nicht-EU-Mitgliedsstaates: Bitte Kopie des Aufenthaltstitels beifügen.
Bei Wohnsitz im Ausland und Arbeitsplatz in Deutschland: Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen.

Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig) der antragstellenden Person

☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐

Mit der Angabe meiner Steuer-ID erkläre ich mich mit der Übermittlung der zur Inanspruchnahme des Behindertenpauschbetrages erforderlichen Daten an die Finanzverwaltung einverstanden.

Die Angabe der eigenen persönlichen Steuer-ID ist zwingend erforderlich, um einen Behindertenpauschbetrag bei der steuerlichen Veranlagung geltend machen zu können. Auch für Minderjährige ist immer deren eigene Steuer-ID anzugeben und nicht z.B. die des gesetzlichen Vertreters/Elternteils.
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.

2.2 minderjährige Antragstellende unter 15 Jahren

Name des 1. Elternteils	Vorname des 1. Elternteils	Sorgerecht? ☐ Ja
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefonnummer *(Angabe freiwillig)*
Name des 2. Elternteils	Vorname des 2. Elternteils	Sorgerecht? ☐ Ja
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefonnummer *(Angabe freiwillig)*

2.3 andere gesetzliche Vertretung, Bevollmächtigung

Name	Vorname	Telefonnummer *(Angabe freiwillig)*
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Bitte fügen Sie eine Vollmacht bzw. eine Kopie der Bestellungsurkunde oder eine Kopie des Betreuungsausweises bei.

W I C H T I G E H I N W E I S E

Bitte füllen Sie den Antrag sorgfältig - möglichst direkt digital oder gut lesbar in Blockschrift - aus. Beachten Sie hierbei bitte auch die Erläuterungen ab Seite 7 dieses Vordrucks und vergessen Sie nicht,

*die **Erklärungen unter Ziffer 10** auf der Seite 6 des Antrages **zu unterschreiben** (✎).*

Wenn sich Unterlagen über Ihren Gesundheitszustand (z.B. ärztliche Berichte und Gutachten, Pflege- und Betreuungsgutachten, Reha-Abschlussberichte) 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). Sofern Sie die Einholung von Nachweisen durch die zuständige Stelle in Anspruch nehmen, ist Rechtsgrundlage hierfür Ihre Einwilligung am Ende dieses Antrags. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt gemäß § 67b SGB X.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf eine durchgängige geschlechtliche Differenzierung verzichtet. Soweit Begriffe nicht neutral formuliert sind, gelten sie für alle Geschlechter.

3 Angaben zu Ihrer Krankenkasse

Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Diese Angaben sind für die Anforderung von Befundberichten von den von Ihnen nachfolgend angegebenen Ärzten erforderlich.

4 Angaben zu einer anderweitigen Feststellung (MdE/GdS)

4.1 Liegt für Sie bereits eine Feststellung über die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. den Grad der Schädigungsfolgen (GdS) vor oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt bei

einer Berufsgenossenschaft (z.B. wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit)?	☐ Ja	☐ Nein
einem Versorgungsamt, einem Landschaftsverband oder einer Behörde der Bundeswehrverwaltung (z.B. wegen einer Schädigung als Soldat oder Gewaltopfer)?	☐ Ja	☐ Nein
einer anderen Dienststelle (z.B. einem Landesamt oder einem früheren Wehrbereichsgebührnisamt)?	☐ Ja	☐ Nein

Wenn Sie eine dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, legen Sie bitte den Bescheid in Kopie bei oder teilen Sie die zuständige Stelle mit, damit von dort die Unterlagen angefordert werden können.

zuständige Stelle	dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
ggf. Datum des Bescheides	ggf. Tag der Schädigung/des Unfalls

4.2 Möchten Sie über die vorgenannte anderweitige Feststellung (Ziffer 4.1) hinaus weitere Gesundheitsstörungen oder eine Verschlimmerung bereits festgestellter Beeinträchtigungen geltend machen?

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

5 Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen

Lesen Sie bitte vorher die Erläuterungen zu 5 auf Seite 7.
Führen Sie bitte hier die Gesundheitsstörungen (z.B. Wirbelsäulenleiden, Bluthochdruck) auf, die - neu - als Beeinträchtigungen festgestellt werden sollen oder sich verschlimmert haben.
Es reicht nicht aus, auf noch anzufordernde medizinische Unterlagen zu verweisen.

	Gesundheitsstörungen	Ursache (Ziffer)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

mögliche Ursachen		
	01 angeboren	06 sonstiger Unfall
	02 Arbeitsunfall oder Berufskrankheit	07 Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung
	03 Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall	09 sonstige Krankheit (auch Impfschaden ohne Berufskrankheit)
	04 häuslicher Unfall	10 sonstige Ursache oder mehrere Ursachen

6	Angaben zu Ihren ärztlichen Behandlungen zu 5 (in den letzten 2 Jahren)		
6.1	**Hausarzt**		
	Name der Praxis	Name des behandelnden Arztes	
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	
6.2	**Fachärzte**		
	Sie können die Dauer des Verfahrens beeinflussen. Fragen Sie bitte bei Ihrem Hausarzt nach, von welchen nachstehenden Fachärzten und Kliniken aktuelle Berichte (nicht älter als 2 Jahre) vorliegen und bitten Sie Ihren Hausarzt darum, diese Unterlagen auf Anfrage der zuständigen Stelle mit einzusenden. Soweit Unterlagen eines Facharztes oder einer Klinik bereits bei Ihrem Hausarzt vorliegen, kreuzen Sie bitte unten jeweils „Ja“ an. Berichte von Augen- und HNO-Ärzten werden von der zuständigen Stelle gesondert angefordert.		
	Facharzt 1		
	Name der Praxis	Name des behandelnden Arztes	
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Unterlagen beim Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein
	Facharzt 2		
	Name der Praxis	Name des behandelnden Arztes	
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Unterlagen beim Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein
	Facharzt 3		
	Name der Praxis	Name des behandelnden Arztes	
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Unterlagen beim Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein
	Facharzt 4		
	Name der Praxis	Name des behandelnden Arztes	
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Unterlagen beim Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein
	Facharzt 5		
	Name der Praxis	Name des behandelnden Arztes	
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Unterlagen beim Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein
	Für weitere Fachärzte fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.		

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

Name der Klinik		Fachgebiet
Abteilung / Station	Behandlung (von - bis)	☐ ambulant ☐ stationär
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Unterlagen beim Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein
Name der Klinik		Fachgebiet
Abteilung / Station	Behandlung (von - bis)	☐ ambulant ☐ stationär
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Unterlagen beim Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein

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

Name der Klinik		Fachgebiet
Abteilung / Station	Behandlung (von - bis)	☐ ambulant ☐ stationär
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Unterlagen beim Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein
Name des Kostenträgers		Mitglieds-/Versicherungs-Nr.
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen

9 Sonstige Angaben zu Ihren unter 5 aufgeführten Gesundheitsstörungen

Pflegekasse		Ich erhalte Leistungen. ☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt
dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen	Pflegegrad	Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
Landschaftsverband (Blindengeld, Hilfe für Gehörlose)		Ich erhalte Leistungen. ☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt
dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
Gericht (u.a. Betreuungsgutachten)		Ein Gutachten liegt vor. ☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt
dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
Agentur für Arbeit		Ein Gutachten liegt vor. ☐ Ja ☐ Nein
dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
Gesundheitsamt		Ein Gutachten liegt vor. ☐ Ja ☐ Nein
dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
Rentenversicherungsträger		Ein Gutachten liegt vor. ☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt
dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung

Sofern Ihnen die hier angegebenen Gutachten selbst vorliegen, fügen Sie diese bitte in Kopie Ihrem Antrag bei.

10 Erklärungen

10.1 Schweigepflichtentbindung

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 zuständigen Stellen in meiner Schwerbehindertenangelegenheit von den zuvor von mir benannten Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, Kliniken / Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Trägern der Sozialversicherung, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Behörden, Gerichten sowie von den sonstigen von mir benannten Stellen (s. Ziffer 9) 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 Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.
Die beteiligten Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Auskünfte und Unterlagen in meiner Schwerbehindertenangelegenheit verwendet werden.

Diese Einverständniserklärung schränke ich wie folgt ein:

_____

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die den in meiner Schwerbehindertenangelegenheit zuständigen Stellen zugänglich gemacht worden sind, auch

- beauftragten 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 die vorstehende Einverständniserklärung zur Datenerhebung und Schweigepflichtentbindung jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen sowie der Datenübermittlung jederzeit formlos widersprechen kann.

10.2 Lichtbild

Mit der dauerhaften Speicherung meines Lichtbildes bin ich einverstanden.	☐ Ja	☐ Nein
Mit der Weitergabe meines Lichtbildes – einschl. der erforderlichen Daten – zur Ausweisausstellung an den externen Druckdienstleister bin ich einverstanden.	☐ Ja	☐ Nein

10.3 Unterschriften

Unterschrift der antragstellenden Person, des gesetzlichen Vertreters, des Betreuers oder des Inhabers einer entsprechenden Vollmacht (Vorsorgevollmacht)

Datum	Unterschrift

Bei Minderjährigen unter 15 Jahren bitte Unterschriften aller sorgeberechtigten Personen!

Datum	Unterschrift

11 Anlagen zum Antrag

☐ aktuelles Lichtbild (mit meinem Namen auf der Rückseite)

- nur erforderlich ab Vollendung des 10. Lebensjahres für die Ausstellung eines Ausweises -
Sie können das Lichtbild auch digital übermitteln, siehe „Online-Services“ auf Seite 8 dieses Antrages.

☐ aktueller Aufenthaltstitel ☐ Ergänzungsbogen/weitere Unterlagen

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.

E R L Ä U T E R U N G E N

zum Ausfüllen des Antragsvordrucks SB 5/26a

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

Sollten Sie Fragen zum Antrag haben, wenden Sie sich bitte an die für Sie zuständige kommunale Schwerbehindertenstelle. Die Kontaktdaten finden Sie in der Anlage zu diesem Antrag. 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 **zuständige kommunale Schwerbehindertenstelle** ein. Zuständigkeitsbereiche und Kontaktdaten finden Sie auf dem Einlegeblatt.

Wenn Sie der Auffassung sind, dass gesundheitliche Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen bei Ihnen vorliegen und sie die **Feststellung von Merkzeichen** wünschen, kreuzen Sie bitte jeweils das entsprechende Kästchen an. Erläuterungen zu den Merkzeichen finden Sie im Merkblatt SB 6 zu diesem Antrag.

Sofern Sie ein besonderes Interesse (z.B. steuerliche Gründe) an der Feststellung haben, dass ein Grad der Behinderung oder Merkzeichen schon zu einem **Zeitpunkt vor der Antragstellung** vorgelegen haben, tragen Sie bitte das entsprechende Datum ein und geben Sie den Grund an.

zu 2

Bei Staatsangehörigen eines Nicht-EU-Mitgliedsstaates oder staatenlosen Menschen wird zum **Nachweis des rechtmäßigen Aufenthalts** eine Bescheinigung der zuständigen Ausländerbehörde oder eine beglaubigte Kopie des Passes benötigt; bei Kindern unter 16 Jahren die genannten Unterlagen eines Erziehungsberechtigten.

Nach der **Erwerbstätigkeit** wird gefragt, weil für erwerbstätige antragstellende Personen, 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. 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 mit der für Sie zuständigen kommunalen Schwerbehindertenstelle in Verbindung zu setzen, um Möglichkeiten, das Verfahren zu beschleunigen, wahrnehmen zu können. Die Kontaktdaten finden Sie auf dem Einlegeblatt.

Seit dem 01.01.2026 werden die **Pauschbeträge nach dem Behindertenpauschbetragsgesetz** bei Erst- oder Neufeststellungen nur auf Grundlage einer elektronischen Übermittlung der erforderlichen Daten durch die Schwerbehindertenstellen an die Finanzverwaltung gewährt. Für die Inanspruchnahme des **Behinderten-Pauschbetrages** werden diese Daten (personenbezogene Daten, Höhe des GdB, Merkzeichen, Geltungszeiträume) durch die Schwerbehindertenstelle elektronisch an die Finanzverwaltung übermittelt. Hierfür ist die Angabe der **persönlichen 11-stelligen Steuer-Identifikationsnummer** notwendig. Die Steuer-ID (erhalten auch Jugendliche und Kinder), die Ihnen schriftlich vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilt wurde, ist personenbezogen und gilt ein Leben lang. Seit Einführung der elektronischen Datenübermittlung haben Sie **keine Möglichkeit mehr**, beim Finanzamt selbst den Nachweis durch Vorlage des Schwerbehindertenausweises oder einer Bescheinigung zu erbringen. Um den Behinderten-Pauschbetrag nach § 33b Abs. 1 bis 3 EStG geltend machen zu können, **muss daher zwingend die persönliche Steuer-Identifikationsnummer angegeben werden. Mit Angabe Ihrer Steuer-ID erklären Sie zugleich Ihr Einverständnis mit der Datenübermittlung.**

zu 4

Wenn 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 möchten, dass Gesundheitsstörungen festgestellt werden, die von der anderen Stelle bisher nicht berücksichtigt wurden, machen Sie bitte weitere Angaben ab Nr. 5.

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 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.

zu 6

Tragen Sie bitte nur die Ärzte ein, die Ihre unter Nummer 5 genannten Gesundheitsstörungen in den letzten 2 Jahren behandelt haben. Sollten mehrere als Hausärzte zu benennen sein, geben Sie dies bitte im Feld „Fachgebiet“ mit der Eintragung „Hausarzt“ an.

Beispiel:

Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Dr. Inge Heilsam	*Musterstraße 55*	*99999 Musterdorf*
Fachgebiet	**letzte Behandlung (Monat/Jahr)**	**Unterlagen beim Hausarzt?**
Orthopädie	*11/2026*	☐ Ja ☒ Nein

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. Bitte geben Sie auch den Zeitraum der Behandlung an. 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 des Rehabilitationsverfahrens/der Kur getragen hat (Kostenträger), da häufig die Unterlagen nur von dort zu erhalten sind.
zu 10	**Bitte unterschreiben Sie** **die Schweigepflichtentbindung und die Erklärungen an der angegebenen Stelle (✎).** *Bitte lesen Sie die Erklärungen zuvor sorgfältig durch.* Die **Schweigepflichtentbindung** ist ausschließlich von der antragstellenden Person oder dem gesetzlichen Vertreter oder gerichtlich bestellten Betreuer oder dem Inhaber einer dementsprechenden Vollmacht (Vorsorgevollmacht) zu unterschreiben. Bei Minderjährigen unter 15 Jahren sind die Unterschriften aller sorgeberechtigten Personen erforderlich. Ohne unterschriebene Schweigepflichtentbindung dürfen keine ärztlichen Befunde beigezogen und ausgewertet werden, so dass Ihr Antrag nur auf Grundlage der von Ihnen beigefügten medizinischen Unterlagen bearbeitet werden kann. Die **Speicherung des Lichtbildes** und die **Weitergabe des Lichtbildes** (einschl. der erforderlichen Daten) an den externen Druckdienstleister sind für die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises zwingend erforderlich. Bitte kreuzen Sie daher „Ja“ an, sofern Sie die Ausstellung eines Ausweises möchten.
	Informationen zum Verfahrensablauf Wenn dieser ausgefüllte und unterschriebene Antragsvordruck der zuständigen kommunalen Schwerbehindertenstelle vorliegt und die eventuell von Ihnen beigefügten Unterlagen für eine Feststellung nicht ausreichen, werden von Ihnen benannte 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 Ihnen hierfür entstandene Aufwendungen (z. B. Portokosten, Kosten für Atteste oder Gutachten) 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 hierüber gesondert benachrichtigt. Nach Abschluss der Sachverhaltsaufklärung wird unter Berücksichtigung der medizinisch-gutachtlichen Prüfung von der zuständigen kommunalen Schwerbehindertenstelle der Feststellungsbescheid erteilt. Falls die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch festgestellt wird, erhalten Sie anschließend den Schwerbehindertenausweis, sofern bereits ein Lichtbild vorliegt. Die zuständige kommunale Schwerbehindertenstelle ist bemüht, zeitnah über Ihren Antrag zu entscheiden. Sie wird die angeschriebenen Ärzte und Stellen bitten, die Anfragen beschleunigt zu beantworten und gegebenenfalls an die Bearbeitung erinnern. Es lässt sich aber nicht erzwingen, dass alle erforderlichen Unterlagen ohne Verzögerung übersandt werden. Erfahrungsgemäß nimmt die Sachverhaltsaufklärung deshalb einige Wochen in Anspruch. Bitte bedenken Sie dies, wenn Sie sich nach dem Stand der Angelegenheit erkundigen möchten.
	Online-Services Sobald Ihr Antrag bei der zuständigen Stelle eingegangen ist, werden Sie hierüber schriftlich informiert. Mit dieser Eingangsbestätigung erhalten Sie auch die notwendigen Zugangsdaten, um • Ihr Lichtbild digital zu übermitteln • Ihren Verfahrensstand online abzufragen Bitte folgen Sie den Hinweisen in der Eingangsbestätigung und auf der Internetseite, bei Fragen steht Ihnen die für den Antrag zuständige kommunale Schwerbehindertenstelle unter den in der Eingangsbestätigung mitgeteilten Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung.
zu 11	Bitte tragen Sie hier ein, dass Sie Unterlagen zum rechtmäßigen Aufenthalt in Kopie mit dem Antrag einreichen. Kreuzen Sie „Ergänzungsbogen/weitere Unterlagen“ an, wenn Sie Ihrem Antrag Vollmachten oder medizinische Unterlagen in Kopie beilegen. Gleiches gilt für den Fall, dass Sie weitere zusätzliche Angaben machen möchten. Nutzen Sie hierfür bitte ein gesondertes Blatt und legen es dem Antrag bei.