SB 5/26a – 08-2026

ANTRAG
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
Rhein-Erft-Kreis Der Landrat Willy-Brandt-Platz 1 50126 Bergheim	

☐ **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.

WICHTIGE HINWEISE

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