



Behörde für Gesundheit, Soziales und Integration

**Zentrum für Teilhabe  
Versorgungs- und Integrationsamt  
Feststellungen nach dem Schwerbehindertenrecht  
Adolph-Schönfelder-Str. 5, 22083 Hamburg**

**Telefon:** +49 40/4 28 63-0  
**Fax:** +49 40/42 79-61086

**E-Mail:** versorgungsamt@soziales.hamburg.de  
**Internet:** www.hamburg.de/go/zft

**Persönliche Sprechzeiten:**  
Nach Vereinbarung

**Antragstellung auch im Internet möglich unter:**  
www.hamburg.de/service

*Wird vom Zentrum für Teilhabe ausgefüllt.*

Aktenzeichen	Eingangsstempel
Daten erfasst:	
Datum, Namenszeichen	

## Neufeststellungsantrag nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX)

### Frühere Anträge nach dem Schwerbehindertenrecht SGB IX

Ich habe bereits eine Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht:

Bei welchem Versorgungsamt?	Grad der Behinderung (GdB)	Geschäftszeichen
-----------------------------	----------------------------	------------------

### Antragstellerin / Antragsteller

Familienname	Geburtsdatum
Vorname (Rufnamen bitte unterstreichen)	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
Geburtsname	Staatsangehörigkeit
Namenszusatz	<b>Hinweis:</b> Bitte eine Kopie des Personalausweises <b>oder</b> als ausländische/r Mitbürger/in eine Kopie des Aufenthaltstitels und des Passes beifügen.
Titel/akademischer Grad	
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Wohnort
Telefon	E-Mail
<b>Sind Sie erwerbstätig?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Steuerlicher Pauschbetrag für Menschen mit Behinderung

Wenn Sie künftig einen Behinderten-Pauschbetrag bei der Einkommenssteuer geltend machen wollen, benötigen wir Ihre Steuer-Identifikationsnummer (IdNr) sowie Ihre Einwilligung zur Übermittlung der steuerrechtlich relevanten Daten an das Finanzamt (z.B. Grad der Behinderung). Willigen Sie nicht ein bzw. widerrufen Sie Ihre Einwilligung, können Sie den Behinderten-Pauschbetrag künftig nicht mehr in Anspruch nehmen. Die Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos widerrufen.

Ich willige ein, dass die zur Inanspruchnahme des Behindertenpauschbetrages erforderlichen Daten an die Finanzverwaltung übermittelt werden und beantrage dies hiermit.  ja  nein

Die 11-stellige Steuer-Identifikationsnummer lautet: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
(Bei der Antragstellung für ein Kind bitte die IdNr des Kindes eintragen):

### Gesetzliche Vertretung / Betreuung / Bevollmächtigung (Postempfänger/in)

gesetzliche/r Vertreter/in  Betreuer/in (Betreuerausweis und Betreuungsgutachten bitte in Kopie beifügen)  Bevollmächtigte/r

Familienname	Vorname
Namenszusatz	Verband / Firma / Aktenzeichen
Titel/akademischer Grad	
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Wohnort
Telefon	E-Mail

## Feststellungen anderer Stellen

(z. B. der Berufsgenossenschaft / Landesunfallkasse, des Zentrums für Teilhabe – Schädigung als Soldat, Gewaltopfer, o. Ä.  
- bitte fügen Sie Kopien des entsprechenden Bescheides bei)

	Stelle und Geschäftszeichen	Anschrift
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall		
<input type="checkbox"/> Berufskrankheit		
<input type="checkbox"/> Schädigungsfolgen		

**Hinweis:** Wenn Sie bereits medizinische Unterlagen (z.B. Pflegegutachten, Krankenhausberichte, Röntgenbefunde (bitte keine Röntgenbilder!)) besitzen, können Sie diese in Kopie beifügen. Bitte keine Unterlagen beifügen, die älter als 2 Jahre sind.

## Verschlimmerte Gesundheitsstörungen (und Behandlungen während der letzten zwei Jahre)

<b>1. Gesundheitsstörung (bitte benennen)</b>		
Behandelnde/r Ärztin/Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik)	von - bis	Station
<input type="checkbox"/> ambulant		
<input type="checkbox"/> stationär		
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik)	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.
<input type="checkbox"/> ambulant		
<input type="checkbox"/> stationär		
<b>2. Gesundheitsstörung (bitte benennen)</b>		
Behandelnde/r Ärztin/Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik)	von - bis	Station
<input type="checkbox"/> ambulant		
<input type="checkbox"/> stationär		
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik)	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.
<input type="checkbox"/> ambulant		
<input type="checkbox"/> stationär		
<b>3. Gesundheitsstörung (bitte benennen)</b>		
Behandelnde/r Ärztin/Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik)	von - bis	Station
<input type="checkbox"/> ambulant		
<input type="checkbox"/> stationär		
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik)	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.
<input type="checkbox"/> ambulant		
<input type="checkbox"/> stationär		

## Neue Gesundheitsstörungen (und Behandlungen während der letzten zwei Jahre)

<b>1. Gesundheitsstörung (bitte benennen)</b>		
Behandelnde/r Ärztin/Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik)	von - bis	Station
<input type="checkbox"/> ambulant		
<input type="checkbox"/> stationär		
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik)	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.
<input type="checkbox"/> ambulant		
<input type="checkbox"/> stationär		

<b>2. Gesundheitsstörung (bitte benennen)</b>		
Behandelnde/r Ärztin/Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik)	von - bis	Station
<input type="checkbox"/> ambulant		
<input type="checkbox"/> stationär		
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik)	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.
<input type="checkbox"/> ambulant		
<input type="checkbox"/> stationär		

<b>3. Gesundheitsstörung (bitte benennen)</b>		
Behandelnde/r Ärztin/Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik)	von - bis	Station
<input type="checkbox"/> ambulant		
<input type="checkbox"/> stationär		
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik)	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.
<input type="checkbox"/> ambulant		
<input type="checkbox"/> stationär		

### Hausärztin/Hausarzt (Name/Anschrift):

Wegen welcher Gesundheitsstörungen waren/sind Sie in hausärztlicher Behandlung?

Letzte Untersuchung/Behandlung am:

### Gutachten aus den letzten zwei Jahren

(z. B. Sozialversicherung, Personalärztlicher Dienst, Gesundheits- oder Grundsicherungsamt, Eingliederungshilfe, Agentur für Arbeit, Schule, Ausbildung)

Stelle und Aktenzeichen	Anschrift	Datum der Untersuchung

### Pflegeversicherung

Wurde von der Pflegeversicherung (Krankenkasse) ein Pflegegrad festgestellt oder läuft ein Antrag?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad:	Entscheidung vom:	Antrag vom:	
Pflegekasse / -versicherung mit Anschrift	Versicherungsnummer		

### Rentenversicherung / Krankenkasse

Rentenversicherung (Name, Anschrift, Versicherungsnummer)
Krankenkasse (Name, Anschrift, Versicherungsnummer)

**Ich beantrage die Feststellung der angekreuzten Merkzeichen:**

- G** (erhebliche Gehbehinderung)
- B** (Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson)
- aG** (außergewöhnliche Gehbehinderung)
- Bl** (Blind)
- Gl** (Gehörlos)
- H** (Hilflosigkeit)
- RF** (Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht)
- TBl** (Taubblind)

Ein Merkzeichen wird festgestellt, sobald die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Zu Ihren Gunsten wird das Merkzeichen auch dann festgestellt, wenn Sie es nicht angekreuzt haben.

Ggf. Einschränkungen des Antrags: .....

**Wichtige Hinweise:**

Aufgrund Ihrer Angaben werden wir medizinische Befunde einholen, soweit Sie uns diese nicht bereits zur Verfügung gestellt haben und durch den Ärztlichen Dienst der Behörde auswerten lassen. Eine Untersuchung ist nur in seltenen Ausnahmefällen erforderlich. Die Bearbeitung Ihres Antrags wird einige Zeit in Anspruch nehmen, wobei die Dauer unter anderem auch davon abhängt, wie zügig uns angeforderte Befundberichte übersandt werden. Ihre mitgeteilten persönlichen Daten werden elektronisch gespeichert.

**Einwilligungserklärung (§§ 67 ff., § 100 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch)**

Mir ist bekannt, dass das Zentrum für Teilhabe zur Entscheidung über meinen Antrag umfangreiche Informationen über meinen Gesundheitszustand benötigt. Damit ich nicht alle erforderlichen Unterlagen selbst beschaffen und dem Zentrum für Teilhabe vorlegen muss, erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Zentrum für Teilhabe

- medizinische Unterlagen (u.a. Entlassungsberichte, Befundberichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder) insbesondere von Ärzten (ggf. Praxisnachfolgern), Gutachtern, Therapeuten, Krankenhäusern, Behörden, Gerichten, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen sowie privaten Kranken- und Pflegeversicherungen in dem Umfang bezieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden Gesundheitsstörungen geben können, und
- die für eine Entscheidung erforderlichen sonstigen Unterlagen und Auskünfte (z.B. von Meldebehörden, der Agentur für Arbeit) einholt.

Die Prüfung des Zentrums für Teilhabe ist darauf ausgerichtet, alle meine Gesundheitsstörungen zu berücksichtigen und neben dem Grad der Behinderung (GdB) auch alle in Betracht kommenden gesundheitlichen Merkmale (Merkzeichen) festzustellen. Damit das möglich ist, erkläre ich mich einverstanden, dass das Zentrum für Teilhabe nicht nur die von mir im Antrag bzw. dem Fragebogen zur Nachprüfung von Amts wegen angegebenen Stellen anschreibt, sondern evtl. auch Unterlagen von Stellen anfordert, die ich dem Zentrum für Teilhabe nicht explizit mitgeteilt habe.

Diese Erklärung erstreckt sich auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen und Behandlungen.

**Wenn ich mit Teilen dieser Erklärung nicht einverstanden bin, habe ich die Beschränkungen der Einwilligung unten vermerkt.** Mir ist bekannt, dass ich nicht gezwungen oder gedrängt werden kann, meine Einwilligung zu erteilen und dass ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Wenn ich meine Einwilligung beschränke oder widerrufe, muss ich die zur Prüfung des Zentrums für Teilhabe erforderlichen Unterlagen selbst beschaffen und vorlegen. Mir ist bewusst, dass das Zentrum für Teilhabe ohne vollständige Unterlagen möglicherweise nicht alle meine Gesundheitsstörungen berücksichtigen kann und dadurch ggf. ein geringerer GdB oder keine bzw. weniger Merkzeichen festgestellt werden.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag bzw. dieser Nachprüfung von Amts wegen eingeleitete Verfahren und ein evtl. anschließendes Widerspruchsverfahren.

**Ich entbinde die oben genannten beteiligten Personen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.**

Raum für etwaige Einschränkungen der Einwilligung:

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung des Grades der Behinderung und / oder Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Hamburg, den .....

.....  
Unterschrift der/des Antragstellerin/Antragstellers oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

Anlage(n):

- Kopie des Personalausweises/Reisepasses
- Bescheid(e) anderer Stellen
- Sonstiges: .....
- Aufenthaltstitel
- Betreuernachweis/Vollmacht
- medizinische Unterlagen

**Bitte reichen Sie keine Originale ein. Die Unterlagen können nicht zurückgeschickt werden.**