Landkreis Leipzig Landratsamt Sozialamt Brauhausstr. 8 04552 Borna	Aktenzeichen	Eingangsstempel

Antrag auf Feststellung der **Schwerbehinderten-eigenschaft** und Gewährung von Leistungen nach dem **Landesblindengeldgesetz** (Erstantrag)

Zutreffendes ankreuzen ☒ oder ausfüllen

Ich beantrage

☐ die Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung (GdB) und die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises nach **§152 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).** Der Feststellungsantrag

☐ erstreckt sich auf alle vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen.
☐ beschränkt sich auf die in diesem Antrag aufgeführten Funktionsbeeinträchtigungen (Beschränkung).

☐ die Feststellung der gesundheitlichen Merkmale (**Merkzeichen**), die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen nach dem SGB IX oder nach anderen Vorschriften sind.

Die Feststellung soll erfolgen ☐ ab Antragseingang ☐ rückwirkend ab

Gründe für die rückwirkende Feststellung sind:

☐ steuerliche Gründe ☐ rentenrechtliche Gründe ☐ sonstige Gründe (kurze Begründung erforderlich)

☐ nur die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises, weil eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung schon in einem Rentenbescheid oder einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung getroffen ist.

☐ die Gewährung von Leistungen nach dem **Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG)**

wegen
☐ Blindheit ☐ hochgradiger Sehbehinderung ☐ Gehörlosigkeit ☐ Schwerstbehinderung des Kindes

☐ Blindheit und gleichzeitiger Gehörlosigkeit i.S. des LBlindG (Bitte Anlage BL ausfüllen)

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig und vollständig auszufüllen und uns die erbetenen Nachweise zu überlassen.

Soweit in einzelnen Abschnitten der Platz für die Eintragungen nicht ausreicht, bitte die Angaben auf einem gesonderten Blatt machen.

Angaben zur Person

Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname		Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Geburtsdatum	Geburtsort	Kreis, Land

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt - wenn abweichend vom Hauptwohnsitz -

Straße, Haus-Nr.			Kreis	
Postleitzahl, Ort	☐ in Sachsen ☐ in	Gemeinde - nur bei Abweichung vom Wohnort		Steuer-Identifikationsnummer
telefonisch erreichbar unter _____ (Angabe freiwillig)				derzeit erwerbstätig ☐ Ja ☐ Nein

Staatsangehörigkeit	

Ausländer bitte eine amtliche Bescheinigung über den Aufenthaltstitel beifügen oder beiliegende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen und unterzeichnen lassen.

Grenzarbeiter - ausländischer Arbeitnehmer - bitte Arbeitsbescheinigung des derzeitigen Arbeitgebers und Bescheinigung über die Arbeitserlaubnis des zuständigen Arbeitsamtes - soweit erforderlich - oder Ausweis über den kleinen Grenzverkehr beifügen.

Ich bin selbst **freizügigkeitsberechtigter Unionsbürger** (§ 2 FreizügG): ☐ Ja ☐ Nein

Ich bin Unionsbürger und Familienangehöriger eines **freizügigkeitsberechtigten Unionsbürgers:** ☐ Ja ☐ Nein

Bei Minderjährigen bzw. bei Personen, für die ein Vormund oder Betreuer bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder des bestellten Pflegers oder Betreuers angeben und **Betreuungsurkunde** vorlegen. Bevollmächtigte Personen bitte ebenfalls hier eintragen und die entsprechende Vollmacht beifügen.

Name, Vorname
Anschrift

Nur Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises auf Grund anderweitiger Feststellungen

Hat ein Versorgungsamt oder eine andere Verwaltungsbehörde, ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht bereits einmal eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE/ den Grad der Schädigungsfolgen (GdS) getroffen oder besitzen Sie eine vorläufige Bescheinigung von einer dieser Stellen oder läuft ein entsprechendes Verfahren?

☐ Nein
☐ Ja, für nachfolgende Gesundheitsstörungen

	Höhe des festgestellten MdE/ GdS(=GdB)	Bezeichnung der Verwaltungsbehörde, des Sozialversicherungsträgers oder des Gerichts	Geschäftszeichen und Datum des Vorgangs oder der Entscheidung, ggf. Tag des Unfalls

Bitte Feststellungsbescheid oder -unterlagen beifügen. Nachfolgende Fragen brauchen Sie nur dann zu beantworten, wenn Sie weitere Funktionsbeeinträchtigungen geltend machen wollen oder wenn Sie Merkzeichen beantragen.

Angaben über gesundheitliche Funktionsbeeinträchtigungen

Welche nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen, die mindestens 6 Monate andauern, werden von Ihnen geltend gemacht?	Schlüsselzahl
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐

Bitte zu jeder Gesundheitsstörung die jeweils zutreffende Schlüsselzahl eintragen:

1= angeborene Funktionsbeeinträchtigung
2= Arbeits- oder Dienstunfall (einschl. Wegeunfall); Berufskrankheit
4= Verkehrsunfall soweit nicht Arbeits- oder Dienstunfall (2)
5= häuslicher Unfall soweit nicht Arbeits- oder Dienstunfall (2)
6= sonstiger Unfall
7= Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung; Impf-, Haft-, Gewalttat-, Verfolgungsschaden
9= krankheitsbedingte Funktionsbeeinträchtigung
10=sonstige Ursache

Merkzeichen

Infolge meiner Gesundheitsstörungen bin ich meiner Meinung nach

☐ blind (**BL**)
☐ gehörlos (**GL**)
☐ hilflos (**H**) ☐ Pflegegrad ..... liegt vor
☐ erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (**G**)
☐ außergewöhnlich gehbehindert (**aG**), weil ich mich nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb meines Fahrzeuges bewegen kann ☐ auf die Benutzung eines Rollstuhles angewiesen
☐ auf ständige Begleitung bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln angewiesen (**B**)
☐ wesentlich sehbehindert (**RF**)
☐ wesentlich schwerhörig (**RF**)
☐ **ständig** gehindert, an öffentlichen Veranstaltungen jeder Art teilzunehmen (**RF**) ☐ **ständig** bettlägerig
☐ bei Reisen mit der Deutschen Bahn AG wegen Schädigungsfolgen i.S. des Bundesversorgungsgesetzes / Bundesentschädigungsgesetzes auf die Unterbringung in der 1. Wagenklasse angewiesen (**1.Kl.**)
☐ TBl (taubblind)

Angaben über ärztliche Behandlungen wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

Fachärztliche Behandlung in den letzten 2 Jahren - ohne Krankenhausbehandlung und Kuren -

Behandlung von - bis	Name und Anschrift des behandelnden Arztes	wegen folgender Gesundheitsstörungen

Krankenhausbehandlung in den letzten 2 Jahren

Behandlung von - bis	stationär	Name und Anschrift des Krankenhauses	wegen folgender Gesundheitsstörungen
	☐		
	☐		
	☐		

Kurbehandlung in den letzten 2 Jahren

von - bis	Name und Anschrift der Kuranstalt	Kostenträger	wegen folgender Gesundheitsstörungen

Welcher Arzt erhielt den Krankenhaus- bzw. Kurabschlussbericht?

Seine Anschrift lautet:

Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z.B. Gesundheitsamt, Deutsche Rentenversicherung usw.) befinden sich weitere die Funktionsbeeinträchtigung betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.?

Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen

Bitte senden Sie auch die sich in Ihren Händen befindlichen medizinischen Unterlagen mit ein. Dabei sollen ärztliche Befundunterlagen nicht älter als 2 Jahre sein und im Zusammenhang mit den von Ihnen geltend gemachten Beeinträchtigungen stehen.

Zugehörigkeit zur Pflegekasse (Angabe nur erforderlich, wenn dort ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wurde)

Name und Anschrift der Pflegekasse	Mitgliedsnummer

Allgemeine Hinweise (einschließlich Anlage BI)

Ich versichere, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass **wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt** werden können und **zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt** werden müssen.

Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, insbesondere eine Besserung der angegebenen Funktionsbeeinträchtigungen, die Änderung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts, der Entzug eines ausländerrechtlichen Aufenthaltstitels und die Beantragung bzw. der Bezug von gleichartigen Leistungen sind **unverzüglich** unter Angabe entsprechender Nachweise **mitzuteilen**.

Ich nehme zur Kenntnis, dass **medizinische Auskünfte und Unterlagen,** die die Verwaltung im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB IX oder LBlindG erhalten hat, nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen **an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden dürfen,** soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung der betroffenen Leistungsträger erforderlich ist (§§ 69 Abs.1, 76 Abs.2 Nr.1 SGB X). **Dieser Datenübermittlung an andere Leistungsträger kann von Ihnen widersprochen werden.** Der Weitergabe kann auch noch später widersprochen werden.

☐ Ich erhebe gegen diese Übermittlung Widerspruch.

Dem Antrag ist ergänzend das Informationsblatt zum Datenschutz nach der EU-DSGVO beigefügt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Informationen.

Als Unterlagen sind beigefügt:

☐ Vollmacht

☐ Bestallungsurkunde

☐ Kopie Personalausweis/Reisepass (bei Unionsbürgern)

☐ **Anlage BL**

☐ Ärztliche Unterlagen

☐ .....

_____ **Datum**

_____ **Unterschrift des Antragstellers** oder

☐ gesetzlichen Vertreters (☐ Eltern ☐ Betreuer) ☐ Bevollmächtigten

Hinweis zur Ausweisausgabe

Die Ausweise werden von der ausstellenden Behörde nach Aufbringen des Passbildes versandt.
Aufgrund des dezentralen Druckes der Schwerbehindertenausweise kann auch bei persönlicher Abgabe des Lichtbildes der Schwerbehindertenausweis nicht mehr sofort ausgehändigt werden.

Name	Aktenzeichen

Einwilligungs- und Schweigepflichtsentbindungserklärung

Zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach dem SGB IX und dem LBlindG ist es erforderlich, Unterlagen beizuziehen, die Auskunft über Ihren Gesundheitszustand oder über gewährte Sozialleistungen geben können (§ 67a SGB X). Die beigezogenen Unterlagen werden im Verfahren verarbeitet, gespeichert und ausgewertet. Sollten Sie die Einwilligung zur Beiziehung der Unterlagen verweigern, kann über Ihren Anspruch nach diesem Antrag nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden. Deshalb benötigen wir von Ihnen nachfolgende **Einwilligungs- und Schweigepflichtsentbindungserklärung**.

Diese Erklärung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Im Zusammenhang mit meinem Antrag auf Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht erkläre ich mich damit einverstanden, dass

- die für das Feststellungsverfahren nach dem SGB IX und dem LBlindG zuständige Behörde die **für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlichen Auskünfte und Unterlagen** einschließlich psychiatrischer, psychoanalytischer und psychotherapeutischer Untersuchungen/ Behandlungen **bei den von mir in diesem Antrag benannten** Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachtern, Heilpraktikern und sonstigen Heilbehandlern, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheimen, Schulen, Werkstätten für behinderte Menschen, gesetzlichen sowie privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern, Berufsgenossenschaften und Behörden, einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen **von mir in diesem Antrag benannten Stellen**, Einrichtungen, Gerichten und Behörden, **einholt und die damit verbundenen personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, zu diesem Zweck verarbeitet**. Dies gilt für alle Ärzte sowie Psychologen, die ich im Antrag angegeben habe oder noch benennen werde oder die sich aus Unterlagen ergeben, die ich eingereicht habe oder noch einreichen werde.

Folgende Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachter, Unternehmen, Einrichtungen und Gerichte schließe ich ausdrücklich von dieser Erklärung aus:

Folgende Unterlagen schließe ich ausdrücklich von dieser Erklärung aus:

Soweit sie durch diese Erklärung nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind, entbinde ich die beteiligten Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachter, Unternehmen, Einrichtungen und Gerichte von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Untersuchungen und Begutachtungen, die während des laufenden Verfahrens stattgefunden haben, werde ich der für meinen Wohnort zuständigen Verwaltung des Landkreises/der kreisfreien Stadt umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ich bestätige die Kenntnisnahme des Informationsblattes zum Datenschutz nach der EU-DSGVO.

Datum	Unterschrift Antragsteller/in	☐ Unterschrift des/der ☐ gesetzl. Vertreter(s) ***[i]*** ☐ Bevollmächtigten ☐ Eltern ☐ Betreuer/in

[i] Für den Fall, dass im Verfahren nur ein Sorgeberechtigter das Recht des Minderjährigen wahrnimmt, bestätigt er mit seiner Unterschrift entweder die Tatsache, dass er alleiniger Personensorgeberechtigter ist oder er im Einvernehmen mit weiteren Personensorgeberechtigten handelt.

Bescheinigung der Ausländerbehörde – nur ausfüllen lassen, wenn der Antragsteller Ausländer ist –

Der/die Antragsteller/in hält sich rechtmäßig im Bundesgebiet auf. Er/sie ist im Besitz einer/s:

☐ Niederlassungserlaubnis (§ 9 AufenthG)

☐ Erlaubnis zum Daueraufenthalt EU (§ 9a AufenthG)

☐ Blaue Karte EU (§ 18b Abs. 2 AufenthG)

☐ ICT-Karte (§ 19 AufenthG)

☐ Mobile ICT-Karte (§ 19 b AufenthG)

☐ nationalen Visums (§ 6 Abs. 3 AufenhG) (Aufenthaltszweck:_____)

☐ Schengen-Visums (§ 6 Abs.1 Nr. 1 AufenthG)

☐ Duldung (§ 60a AufenthG)

☐ Aufenthaltskarte für Familienangehörige,
die nicht EU-Bürger sind (§ 5 Abs. 1 S. 1 Freizüg/EU)

☐ Bescheinigung über das Daueraufenthaltsrecht (Unionsbürger und dessen Familienangehörige)

☐ Daueraufenthaltskarte für Familienangehörige mit Drittstaatsangehörigkeit (des Unionsbürgers)

☐ Aufenthaltserlaubnis nach §_____ AufenthG

☐ gültig seit _____ ☐ gültig bis _____

☐ sonstige Hinweise zur Aufenthaltserlaubnis

☐ Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylG)

Das Asylverfahren wurde ☐ abgeschlossen ☐ noch nicht abgeschlossen

Eine Ausweisung oder Abschiebung ist

☐ wegen eines allein oder überwiegend in der Person des Asylbewerbers liegenden Grundes

☐ wegen eines <u>objektiven</u>, nicht in der Person des Asylbewerbers liegenden Grundes

☐ geplant ab _____

☐ derzeit nicht absehbar und deshalb

☐ völlig zukunftsoffen

☐ sonstiges: _____

☐ sonstige Aufenthaltstitel bzw. anderer Nachweis gültig bis: _____

Erwerbstätigkeit ist erlaubt (falls nicht bereits im Aufenthaltstitel vermerkt): ☐ ja ☐ nein

_____ _____

Datum Unterschrift, Stempel

Informationsblatt zum Datenschutz
(zu Ihrem Verbleib)

Folgende Informationen sind Ihnen gemäß Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO-Verordnung (EU) 2016/679) bei Erhebung der personenbezogenen Daten mitzuteilen:

1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Die Durchführung der Feststellungsverfahren nach dem SGB IX obliegt den für Ihren Wohnort zuständigen kommunalen Körperschaften. Jede dieser Einrichtung hat auch einen Datenschutzbeauftragten. Die zuständige Stelle für die Erhebung der Daten im Rahmen des Feststellungsverfahrens nach dem SGB IX und des Sächsischen Landesblindengeldgesetzes (SächsLBlindG) und mithin Verantwortlicher im Sinne der Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung ist die nachfolgend genannte Stelle:

Landratsamt Landkreis Leipzig
Brauhausstraße 8
04552 Borna

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragte(r) des Landratsamtes Landkreis Leipzig
Stauffenbergstr. 4
04552 Borna
Telefon: 03433-241-0
E-Mail: datenschutzbeauftragter@lk-l.de

3. Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Die Erhebung der personenbezogenen Daten ist notwendig, um über den Feststellungsantrag nach § 152 SGB IX bzw. den Antrag auf Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz entscheiden zu können (§ 152 SGB IX, § 1 SächsLBlindG i.V.m. § 67a SGB X).

4. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden im Verfahren zur Feststellung nach § 152 SGB IX bzw. auf Leistungen nach dem SächsLBlindG gespeichert und an

- Ihre behandelnden Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachter
- Sozialleistungsträger
- private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen
- Einrichtungen
- die Finanzverwaltung
- Gerichte
- andere Organisationseinheiten des Verantwortlichen
- externe Gutachter des Verantwortlichen
- den Kommunalen Sozialverband Sachsen
- die Hauptkasse des Freistaates Sachsen
- das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
- den Staatsbetrieb Sächsische Informatikdienste
- PDV Erfurt GmbH und
- das Sächsische Melderegister

übermittelt, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens, der Sachverhaltsaufklärung, der Bearbeitung, der Zahlung, der Auftragsverarbeitung und der Rechtsbehelfsverfahren erforderlich ist (§ 67b Abs.1 SGB X).

Medizinische Auskünfte und Unterlagen, die die Verwaltung im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB IX oder LBlindG über Sie erhalten hat, dürfen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung der betroffenen Leistungsträger erforderlich ist (§§ 69 Abs.1, 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Dieser Datenübermittlung an andere Sozialleistungsträger kann von Ihnen jederzeit widersprochen werden.

5. Quelle der personenbezogenen Daten

Soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist, können ergänzend medizinische Auskünfte und Unterlagen entsprechend Ihrer Einwilligungserklärung von Ihren behandelnden Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten sowie von Gutachtern, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Einrichtungen, Sozialleistungsträgern und Gerichten eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen werden.

6. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland

Es ist nicht vorgesehen, Ihre personenbezogenen Daten an ein Drittland oder eine internationale Organisation zu übermitteln.

7. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der Aufbewahrungsfristen für die Aufgabenerfüllung nach dem SGB IX, dem SächsLBlindG und den Kommunalen Haushaltsvorschriften erforderlich ist. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt automatisch, ohne weitere Veranlassung von Ihnen die Löschung der Daten.

8. Betroffenenrechte

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Verantwortliche, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte an den behördlichen Datenschutzbeauftragten.

9. Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Verantwortlichen durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft beim Verantwortlichen widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

10. Beschwerderecht

Ihnen steht ein Beschwerderecht bei der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde nach Artikel 51 DSGVO zu:

Sächsische Datenschutz- und Transparenzbeauftragte
Postfach 11 01 32
01330 Dresden
Telefon: +49 351 85471-101
Telefax: +49 351 85471-109
Email: post@sdtb.sachsen.de

11. Bereitstellung der personenbezogenen Daten

Wer Sozialleistungen beantragt, muss nach § 60 SGB I alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen angeben und die verlangten Nachweise vorlegen. Sollten Sie die notwendigen Informationen nicht bereitstellen wollen, bzw. können diese nicht anderweitig erlangt werden, kann über Ihren Antrag nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden.

12. Weiterverarbeitung zu anderen Zwecken

Ist beabsichtigt, Ihre personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterzuverarbeiten als den, für den sie im Antragsverfahren erhoben wurden, so stellt der Verantwortliche Ihnen vor dieser Weiterverarbeitung Informationen über diesen anderen Zweck und alle anderen maßgeblichen Informationen zur Verfügung.

Anlage BL

Zusätzliche Angaben bei Beantragung von Leistungen nach dem LBlindG

Die folgenden Punkte nur ausfüllen, wenn Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz beantragt werden!

1. Antragsteller mit Wohnsitz in Sachsen, die nicht bzw. nicht im EU-EWR-Ausland arbeiten

1.1. Bezug/Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung

☐ Ich **erhalte** folgende **Leistungen der Pflegeversicherung** (SGB XI) bzw. habe derartige **Leistungen beantragt**:

	Leistungsart	
Pflegegrade		
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ häusliche/ambul. Pflege (§ 36 SGB XI) ☐ Pflegegeld (§ 37 SGB XI) ☐ Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) ☐ Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	☐ stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) ☐ vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) ☐ Pflege in vollstationärer Einrichtung der Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI i.V.m. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI) ☐ besondere Wohnform (§ 42a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XII)

☐ Ich erhalte **keine Leistungen** der Pflegeversicherung (SGB XI) bzw. habe derartige Leistungen auch **nicht beantragt**.

1.2. Angaben zur Krankenkasse/Pflegekasse

Name der Krankenkasse	
Name der Pflegekasse (wenn nicht identisch mit Krankenkasse)	
Anschrift	
Mitgliedsnummer	
Datum der Untersuchung	Pflegegutachten vom (Gutachten beifügen- auch bei Ablehnung)

1.3. Bezug/Beantragung von anderen Sozialleistungen

Ich **erhalte** folgende **andere Sozialleistungen** bzw. habe derartige **Leistungen beantragt**:		Stelle, Aktenzeichen	
1. Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder Gesetzen, die das BVG für entsprechend anwendbar erklären (OEG, IfSG, SVG, ZDG u.a.) oder nach dem UntAbschlG oder dem Anti-DHG.	☐ Ja		☐ Nein
2. Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII).	☐ Ja		☐ Nein
3. Leistungen anderer Bundesländer nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit, Taubblindheit oder als schwerstbehindertes Kind.	☐ Ja		☐ Nein
4. Ausländische Leistungen anderer Länder (z. B. Ukraine) nach den dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit, Taubblindheit oder als schwerstbeschädigtes Kind	☐ Ja		☐ Nein

2. Aufenthalt in Heimen, Anstalten oder vergleichbaren Einrichtungen

Liegt derzeit eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Rehabilitationseinrichtung besondere Wohnform nach § 42a Abs. 2 Satz 1 Nr.2 SGB XII o.ä.) vor oder ist eine solche Unterbringung beabsichtigt? **Falls eine entsprechende Unterbringung vorliegt, bitte nachfolgende Bestätigung ausfüllen lassen**	☐ Ja ☐ Nein

Hiermit wird bestätigt, dass bei

Zu- und Vorname:

Geburtsdatum:

eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altenheim, Rehabilitationseinrichtung oder besondere Wohnform nach § 42a Abs. 2 Satz 1 Nr.2 SGB XII o.ä.) vorliegt oder eine solche Unterbringung beabsichtigt ist.

Name/Anschrift der Einrichtung		Art der Einrichtung
seit/ab	öffentlich-rechtlicher Kostenträger des Aufenthalts: ☐ Ja ☐ Nein Name/Anschrift des Kostenträgers:	Die **Kosten des Aufenthalts** werden ☐ in vollem Umfang ☐ teilweise ☐ nicht **vom Antragsteller selbst** getragen. ☐ Die **Pflegeversicherung** trägt die Kosten als Leistung zur vollstationären Pflege nach ☐ § 43 SGB XI ☐ § 43a SGB XI ☐ Sonstige Leistungstragung ☐ Angabe der gesetzlichen Grundlage: ☐ Kostenträger:

Die Einrichtung wird regelmäßig **jedes** Wochenende für einen Aufenthalt zu Hause verlassen?

☐ Ja ☐ Nein, die Einrichtung wird ☐ nie ☐ selten ☐ regelmäßig an ..... Tagen (Anzahl)/Monat verlassen

☐ regelmäßige Heimfahrten in den Ferien

☐ Ja (konkrete, gesonderte Beantragung des Zeitraumes erforderlich) ☐ Nein

Stempel und Unterschrift der Einrichtung

3. Bescheinigungen zur Beantragung von Leistungen nach dem LBlindG, Wohnort Deutschland

Bescheinigung der Meldebehörde in Sachsen	Diese Bescheinigung wird Ihnen von den Meldebehörden gem. § 64 SGB X kostenfrei ausgestellt.
Die Richtigkeit der nachstehenden Angaben wird durch die Meldebehörde bestätigt:	
Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname und frühere Namen	Geburtsdatum

ist hier gemeldet	seit	mit dem ☐ Hauptwohnsitz ☐ Nebenwohnsitz.
Ein Zuzug erfolgte	am	von ..... früherer Wohnort, Bundesland/Land
Datum	Unterschrift/Stempel der Meldebehörde	

4. Anspruchsvoraussetzungen nach dem EU-Recht

(Nicht von Antragstellern auszufüllen, die in Sachsen wohnen und nicht bzw. nicht im EU-Ausland arbeiten)

Beschäftigungsverhältnis in Sachsen	☐ Ja ☐ Nein
Beschäftigungsland/-ort: Arbeitgeber: (Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers vorlegen)	
Entsandter (Beschäftigung für ein deutsches Unternehmen im Ausland)	☐ Ja ☐ Nein
Land/Ort der Entsendung: Arbeitgeber: (Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers vorlegen)	
Ich erhalte im Beschäftigungsland folgende andere Sozialleistungen oder habe diese beantragt: (Bewilligungsbescheid beifügen)	
☐ Leistungen der Kriegsopferversorgung, Gewaltopferversorgung oder andere vergleichbare Leistungen	☐ Ja ☐ Nein
☐ Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder vergleichbare Leistungen	☐ Ja ☐ Nein
☐ Leistungen des Beschäftigungslandes nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit oder vergleichbare Leistungen	☐ Ja ☐ Nein

5. Hinweis zum Übergang von Schadenersatzansprüchen

Nach § 8 Abs.1 S.1 LBlindG in Verbindung mit § 116 SGB X gehen gesetzliche **Schadenersatzansprüche, die Sie gegen den Verursacher des Gesundheitsschadens haben** (z.B. der Unfallgegner), **auf den Landkreis/kreisfreie Stadt bzw. Freistaat Sachsen über**, soweit Ihnen wegen dieses Gesundheitsschadens Leistungen nach dem LBlindG zu gewähren sind, die die behinderungsbedingten Mehraufwendungen im täglichen Leben ausgleichen sollen. Sie oder beauftragte Dritte dürfen daher über Schadenersatzansprüche gegen den Schadensverursacher insoweit nicht mehr verfügen, insbesondere **keinen Vergleich schließen oder Zahlungen entgegennehmen**, sofern hierdurch die auf die Verwaltung übergegangenen Schadenersatzansprüche berührt werden. Ein Verstoß dagegen kann eine Schadenersatzpflicht Ihrerseits gegenüber der Verwaltung begründen.
Ansprüche auf **Schmerzensgeld und Ersatz von Sachschäden** dürfen jedoch ohne Einschränkung selbst gegenüber dem Schadensverursacher geltend gemacht werden. Bei Zweifelsfragen berät Sie die für Ihren Wohnort zuständige Verwaltung des Landkreises/der kreisfreien Stadt auf Anfrage.

6. Zustehende Leistungen sollen auf das folgende Konto überwiesen werden:

☐ eigenes Konto	☐ gemeinsames Konto	☐ Fremdkonto (bitte Kontoinhaber angeben)
Kontoinhaber		
Kontonummer	bei (Geldinstitut)	Bankleitzahl
IBAN	BIC/SWIFT-Code	

Leistungen nach dem LBlindG können nicht auf Dritte übertragen, verpfändet oder gepfändet werden. Soweit die Leistungen auf ein Fremdkonto überwiesen werden sollen, ist der Grund für die Überweisung zugunsten des Fremdkontos anzugeben.

....

Datum Unterschrift