

**Landkreis Meißen, Landratsamt
Dezernat Soziales – Kreissozialamt
Sachgebiet SGB IX / LBlindG**

Besucheranschrift: Loosestr. 17/19 Haus A, 01662
Meißen, Tel.: 03521 725-0
Internet: www.kreis-meissen.org
Email: kreissozialamt@kreis-meissen.de

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Landratsamt Meißen
Dezernat Soziales
Kreissozialamt
Sachgebiet SGB IX / LBlindG
Postfach 10 01 52
01651 Meißen

**Zutreffendes bitte
 ankreuzen und
ausfüllen**

Antrag auf Feststellung einer **Behinderung** und des **Grades der Behinderung** - Antrag auf **Gewährung von Leistungen** nach dem **Sächsischen Landesblindengeldgesetz**

Feststellung der Behinderteneigenschaft

- Ich beantrage die **erstmalige Feststellung** einer Behinderung und des Grades der Behinderung (GdB), sowie die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises
- Ich beantrage die **Änderung** der bisherigen Feststellung einer Behinderung, die Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) und die Ausstellung eines (neuen) Schwerbehindertenausweises.

Leistungen nach dem Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG)

- Ich beantrage außerdem die Gewährung von **Leistungen nach dem Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG)** wegen
- Blindheit hochgradiger Sehbehinderung Gehörlosigkeit
- Schwerstbehinderung des Kindes Blindheit und gleichzeitiger Gehörlosigkeit
- (Bitte zusätzlich Anlage BI 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 ergänzen.

1. Angaben zur Person

Name, Vorname	ggf. Geburtsname	Geschlecht
		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Ausländer und Grenzarbeiter bitte eine amtliche Bescheinigung über den Aufenthaltstitel bzw. über die Arbeitserlaubnis beifügen.		

Anschrift

Straße, Haus-Nr.	Adresszusatz (z.B. Ortsteil, Gemeinde)
Postleitzahl, Ort	derzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
telefonisch erreichbar unter (_____) _____ (Angabe freiwillig) Email: _____ (Angabe freiwillig)	

2. Angaben zur gesetzlichen Vertretung/Bevollmächtigung

Bei Anträgen für behinderte Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bitte Namen und Anschrift des/der **gesetzlichen Vertreter bzw. Vormunds** angeben. Bei **Personen**, für die ein **Betreuer** bestellt ist, bitte Namen und Anschrift des **Betreuers** angeben und eine Kopie der **Betreuungsurkunde** beifügen. **Personen** die mittels schriftlicher **Vollmacht** (General- bzw. Vorsorgevollmacht) bevollmächtigt sind, bitte ebenfalls hier eintragen und eine Kopie der **Vollmacht** beifügen.

Name, Vorname:

Anschrift:

3. Angaben über nicht nur vorübergehend vorliegende (mindestens 6 Monate andauernde) Gesundheitsstörungen

Der Antrag erstreckt sich auf **alle bei mir vorliegenden** und im Verfahren bekannt werdenden Gesundheitsstörungen.
 beschränkt sich ausdrücklich auf die nachfolgend aufgeführten Gesundheitsstörungen (Beschränkung).

- Welche Gesundheitsstörungen machen Sie geltend, die dauerhaft (mindestens 6 Monate) vorliegen (Erstantrag)? - Welche Gesundheitsstörungen haben sich seit der letzten Feststellung verschlimmert bzw. sind dauerhaft (mindestens 6 Monate) neu hinzugekommen (Änderungsantrag)?	Ursache (s.unten)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

Bitte zu jeder Gesundheitsstörung den jeweils zutreffenden **Ursachenschlüssel** eintragen:

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

4. Beginn der Feststellung (Nur bei Bedarf ausfüllen)

<input type="checkbox"/> Die Feststellung soll rückwirkend erfolgen ab:	(Tag/Monat/Jahr)		
Gründe für die rückwirkende Feststellung sind:	<input type="checkbox"/> steuerrechtliche Gründe	<input type="checkbox"/> arbeitsrechtliche Gründe	<input type="checkbox"/> rentenrechtliche Gründe

5. Anderweitige Feststellungen

Hat eine andere Verwaltungsbehörde, Berufsgenossenschaft, Sozialversicherungsträger oder Gericht bereits einmal eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE/ den Grad der Schädigungsfolgen(GdS) getroffen?

Nein. Ja, wie folgt:

Bezeichnung der Verwaltungsbehörde, der Berufsgenossenschaft, des Sozialversicherungsträgers oder des Gerichts	Für nachfolgende Gesundheitsstörungen	Höhe der MdE/GdS (= GdB)

Geschäftszeichen und Datum der Entscheidung:

Bitte Kopie des Feststellungsbescheides beifügen.

6. Merkzeichen

Folgende **Merkzeichen** werden beantragt:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> aG - außergewöhnlich gehbehindert, weil ich mich nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb meines Fahrzeuges bewegen kann → <input type="checkbox"/> auf die Benutzung eines Rollstuhles angewiesen | <input type="checkbox"/> TBI - Taubblind |
| <input type="checkbox"/> H - hilflos → <input type="checkbox"/> Pflegegrad liegt vor. | <input type="checkbox"/> 1.KI. - bei Reisen mit der Deutschen Bahn AG wegen Schädigungsfolgen i.S. des Bundesversorgungsgesetzes /Bundesentschädigungsgesetzes auf die Unterbringung in der 1. Wagenklasse angewiesen |
| <input type="checkbox"/> BI - blind | <input type="checkbox"/> G - erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr |
| <input type="checkbox"/> GI - gehörlos | <input type="checkbox"/> B - auf ständige Begleitung bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln angewiesen |
| <input type="checkbox"/> RF - wesentlich sehbehindert | |
| <input type="checkbox"/> RF - wesentlich schwerhörig | |
| <input type="checkbox"/> RF - ständig gehindert , an öffentlichen Veranstaltungen jeder Art teilzunehmen | |
| → <input type="checkbox"/> ständig bettlägerig | |

7. Angaben über ärztliche Behandlungen aufgrund der unter Punkt 3 angegebenen Gesundheitsstörungen

Name und Anschrift Ihrer Hausärztin / Ihres Hausarztes

9. Krankenversicherung/Pflegeleistungen

Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse		Krankenversicherungsnummer
Erhalten Sie Pflegeleistungen von Ihrer Krankenkasse/Pflegekasse oder haben Sie eine solche Leistung beantragt?		
<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Pflegeleistungen wurden beantragt. Entscheidung steht noch aus.	<input type="checkbox"/> Ich erhalte Pflegeleistungen seit:..... nach dem Pflegegrad

10. Rentenleistungen wegen Erwerbsminderung

Erhalten Sie eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung oder haben Sie eine solche Leistung beantragt?		
<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente wurde beantragt. Entscheidung steht noch aus.	<input type="checkbox"/> Ich erhalte eine Rente wegen Erwerbsminderung seit:
Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers		Rentenversicherungsnummer

11. Unterlagen bei anderen Stellen

Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z.B. Arbeitsamt, Jobcenter, Gesundheitsamt usw.) befinden sich weitere, zu den unter Punkt 3 angegebenen Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, MRT-/Röntgenbefunde usw.?

Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen
.....	
.....	
.....	

12. Hinweise zur Ausweisausgabe

Bei Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft erhalten Sie mit dem Feststellungsbescheid ein gesondertes Schreiben, mit dem Sie zur Einsendung eines Lichtbildes aufgefordert werden. Die Ausweise werden nach Eingang des Lichtbildes von der ausstellenden Behörde nach Aufbringen des Lichtbildes versandt. Aufgrund des zentralen Drucks der Schwerbehindertenausweise, kann der Schwerbehindertenausweis, auch bei persönlicher Abgabe des Lichtbildes, nicht sofort ausgehändigt werden.

Sofern sich bei bereits ausgestellten neuen Ausweisen im Chipkartenformat aufgrund des **Änderungsantrages** neue Eintragungen ergeben, erhalten Sie zeitnah einen neuen Ausweis per Post zugesandt.

Von der Einsendung eines Lichtbildes mit dem Antrag bitten wir abzusehen, da wir das Lichtbild aufgrund begrenzter Kapazitäten Ihnen wieder zurücksenden müssten.

13. Erklärung und 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, welche 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.

Die erhobenen Daten werden elektronisch gespeichert.

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

Als Unterlagen sind beigefügt:

- Kopie Vollmacht
- Kopie Betreuerausweis/Betreuungsurkunde
- Ärztliche Unterlagen
- Kopie Aufenthaltstitel (bei ausländischen Staatsbürgern)
- Kopie Reisepass (bei nicht deutschen Staatsbürgern der EU)
- Anlage BL (nur erforderlich bei Antrag auf Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz)
- Meldebescheinigung (nur erforderlich bei Antrag auf Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz)
-

Hinweis zur EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO)

Dem Antrag ist ergänzend das Informationsblatt zum Datenschutz nach der EU-DSGVO beigefügt. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie den Erhalt und die Kenntnisnahme des Informationsblattes.

Datum

Unterschrift Antragsteller/in oder

- gesetzlichen Vertreters (Eltern Betreuer Vormund)
- Bevollmächtigten

Name, Vorname des behinderten Menschen:
(Bitte immer eintragen!)

Einwilligungserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach dem SGB IX und der Entscheidung nach dem LBlindG ist es erforderlich, Unterlagen beizuziehen, die Auskunft über Ihren Gesundheitszustand oder über gewährte Sozialleistungen geben können (§67a SGB X). Deshalb benötigen wir von Ihnen **nachfolgende Einwilligungserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht**.

Sollten Sie die Einwilligung zur Beiziehung der Unterlagen verweigern, müssen Sie die erforderlichen Unterlagen selbst einholen und bei der zuständigen Behörde einreichen. Ansonsten kann über Ihren Anspruch nach diesem Antrag nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden, oder ist Ihr Anspruch zu versagen.

Ich bin vorbehaltlich nachfolgender Erklärung damit **einverstanden**, dass die für meinen Wohnort für das Feststellungsverfahren nach dem SGB IX und dem LBlindG zuständige Behörde im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages von Gerichten, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Sozialleistungsträger - welche ich im Antrag angegeben habe oder die aus den von mir überlassenen Unterlagen ersichtlich sind – medizinische Unterlagen aller Art und Akten **bezieht**, die für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt werden.

Weiter bin ich **einverstanden**, dass die zuständige Behörde **von meinen behandelnden Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachtern sowie Einrichtungen und Gerichten Auskünfte einholt und Unterlagen zur Einsicht bezieht**. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachter und Einrichtungen von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachtern und Einrichtungen erhalten haben.

Folgende Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten und Gutachter bzw. Einrichtungen schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus:

Folgende Unterlagen schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus:

Soweit sie durch diese Erklärung nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind, entbinde ich die beteiligten Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachter, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Sozialleistungsträger sowie Gerichte von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren nach dem SGB IX und dem LBlindG zu.

Untersuchungen und Begutachtungen die während des laufenden Feststellungsverfahrens nach dem SGB IX und dem Verfahren nach dem LBlindG stattgefunden haben, werde ich der für meinen Wohnort zuständigen Behörde 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 gesetzliche(r)/
bevollmächtigter Vertreter/in

Diese Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

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 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 folgende Stelle:

Landratsamt Meißen
Kreissozialamt
SG Schwerbehinderteneigenschaft/ Landesblindengeld
PF 10 01 52
01651 Meißen

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragte(r) des Landratsamtes Landkreis Meißen
PF 10 01 52
01662 Meißen
Telefon: 03521 725-1110
E-Mail: datenschutzbeauftragter@kreis-meissen.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
- Gerichte
- andere Organisationseinheiten 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:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter
Postfach 11 01 32
01330 Dresden
Tel.: 0351/85471 101
Fax: 0351/85471 109
E-Mail: saechsdsb@slt.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.