

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Landratsamt Zwickau Sozialamt Schwerbehindertenrecht PF 10 01 76 08067 Zwickau	Änderungsantrag	Eingangsstempel
	Az:	

Änderungsantrag zur Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft und Gewährung von Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz

Hinweis: Die Datenerhebung erfolgt gemäß § 3 SächsDSG i.V.m. Zweites Kapitel Sozialgesetzbuch X - Sozialdatenschutz.

Ich beantrage

die Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB)

die Eintragung des/der Merkzeichen(s)

G	B	aG	H	RF	Bl	GI	TBl
(erheblich gehbehindert)	(Begleitperson bei Benutzung öffentl. Verkehrsmittel erforderlich)	(außergewöhnlich gehbehindert z. B. bei Rollstuhlbenutzung)	(hilfflos)	(erheblich hör- oder sehbehindert oder dauerndes Gebundensein an die Wohnung)	(blind)	(gehörlos)	(taubblind)

Bei der Neufeststellung sollen nur die zusätzlich im Antrag aufgeführten weiteren Funktionseinschränkungen mit berücksichtigt werden.

Bei der Neufeststellung sollen alle im Rahmen der Sachverhaltsaufklärung bekannt werdenden weiteren Funktionseinschränkungen mit berücksichtigt werden.

Die Übernahme der Entscheidung der Berufsgenossenschaft bzw. einer anderen Behörde unter Verzicht auf die bisherigen Feststellungen.

die Überprüfung/ Neugewährung von Leistungen nach dem Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG)

wegen Blindheit hochgradiger Sehschwäche Gehörlosigkeit Schwerstbehinderung des Kindes
(dann bitte zusätzlich 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. Sie können selbst zur Verfahrensbeschleunigung beitragen, wenn Sie vorhandene aktuelle Arztbriefe und Untersuchungsunterlagen wie z.B. Facharzt- und Untersuchungsberichte beifügen.

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

Angaben zur Person	
Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Geburtsdatum
Geschlecht	Geburtsort
weiblich divers	Kreis, Land
männlich	
Wohnsitz	
Postleitzahl, Wohnort	Straße, Hausnummer
Steuer-Identifikationsnummer	derzeit erwerbstätig
	Ja Nein
freiwillige Angaben: Telefonnummer; E-Mail	

Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaften
Stand Oktober 2025

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

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 des Vormunds o. Betreuers

Anschrift des Vormunds o. Betreuers

Nur Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises auf Grund anderweitiger Feststellungen

Hat ein/das 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 festgest. 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.

Verschlimmerung von Gesundheitsstörungen

Welche Gesundheitsstörungen haben sich verschlimmert?

Wie äußert sich die Verschlimmerung?

Neue gesundheitliche Funktionsbeeinträchtigungen

Welche nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen werden von Ihnen geltend gemacht?

Schlüsselzahl

Bitte zu jeder Gesundheitsstörung die jeweils zutreffende Schlüsselzahl eintragen: **6** = sonstiger Unfall,
1 = angeborene Funktionsbeeinträchtigung, **7** = Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung;
2 = Arbeits- oder Dienstanfall (einschl. Wegeunfall); Berufskrankheit, Impf-, Haft-, Gewalttat-, Verfolgungsschaden
4 = Verkehrsunfall soweit nicht Arbeits- oder Dienstanfall (2), **9** = krankheitsbedingte Funktionsbeeinträchtigung,
5 = häuslicher Unfall soweit nicht Arbeits- oder Dienstanfall (2), **10** = sonstige Ursache.

Angaben über ärztliche Behandlungen wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

--

Ärztliche Behandlung wegen der Funktionsbeeinträchtigung in den letzten 2 Jahren

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

Krankenhausbehandlung in den letzten 2 Jahren

Behandlung von - bis	statio- när	Name und Anschrift des Krankenhauses	wegen folgender Gesundheitsstörungen

Kurbehandlung in den letzten 2 Jahren

von - bis	Name und Anschrift der Kuranstalt	wegen welcher Gesundheitsstörungen

Welcher Arzt erhielt den Krankenhaus- bzw. Kurabschlussbericht?

Seine Anschrift lautet:

Zutreffendes bitte ankreuzen! bzw. ausfüllen!

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

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

Name und Anschrift der Pflegekasse	Mitgliedsnummer

Hinweis zur Ausweisausgabe

Soweit Ihnen ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt werden kann, werden Sie mit der Entscheidung über Ihren Antrag zur Übersendung/ Abgabe eines Passbildes aufgefordert.

Der Ausweis wird in einem Rechenzentrum gedruckt und direkt versandt. Eine sofortige Ausweisausstellung in der Behörde ist nicht mehr möglich.

Allgemeine Hinweise (einschließlich Anlage BL)

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.

Datenschutzhinweis:

Das Informationsblatt zum Datenschutz finden Sie in der Anlage zu diesem Antrag oder Sie können auf unserer Internetseite www.landkreis-zwickau.de/dsgvo_sozialamt einsehen.

Die erhobenen Daten werden elektronisch gespeichert.

Als Unterlagen sind beigelegt:

Vollmacht
Bestellungsurkunde
Amtliche Bescheinigung über den Aufenthaltstitel (bei ausländischen Antragstellern)

Anlage BL
Ärztliche Unterlagen

Datum _____



Unterschrift des Antragstellers

gesetzlicher Vertreter Eltern Betreuer Pfleger
Bevollmächtigter

Name	Aktenzeichen
------	--------------

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

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 Schweigepflichtentbindungserklärung**.

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 des/der <input type="checkbox"/> Antragstellers <input type="checkbox"/> Bevollmächtigten (bitte Vollmacht beifügen) <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Betreuers
-------	---

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Anlage BL

Zusätzliche Angaben bei Beantragung von Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindG)

Die folgenden Punkte nur ausfüllen, wenn Leistungen nach dem LBlindG 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:

Pflegegrad	Leistungsart	
1	häusliche/ambulante Pflege (§ 36 SGB XI)	stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)
2	Pflegegeld (§ 37 SGB XI)	vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)
3	Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI)	Pflege in vollstationärer Einrichtung d. Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI)
4	Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	besondere Wohnform (§ 42a Abs. 2, Satz 1, Nr. 2 SGB XII)
5		

Meine zuständige Pflegekasse ist die AOK DAK Barmer GEK IKK _____

Mitgliedsnummer: _____

Ich erhalte keine Leistungen der Pflegeversicherung bzw. habe derartige Leistungen auch nicht beantragt.

1.2. Bezug/Beantragung von anderen Sozialleistungen

Ich erhalte folgende andere Sozialleistungen bzw. habe derartige Leistungen beantragt:

1. Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder Gesetzen, die das BVG für entsprechend anwendbar erklären (OEG, IfSG, SVG, ZDG u.a.) oder nach dem UntAbschIG oder dem Anti-DHG.	<input type="checkbox"/> Ja	Stelle, Aktenzeichen	<input type="checkbox"/> Nein
2. Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII)	<input type="checkbox"/> Ja	Stelle, Aktenzeichen	<input type="checkbox"/> Nein
3. Leistungen anderer Bundesländer nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit oder als schwerstbehindertes Kind.	<input type="checkbox"/> Ja	Stelle, Aktenzeichen	<input type="checkbox"/> 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 o.ä.) vor oder ist eine solche Unterbringung beabsichtigt? Ja Nein

Falls eine Heimunterbringung vorliegt, bitte nachfolgende Bestätigung ausfüllen lassen.

Anlage BL

Zutreffendes bitte ankreuzen! bzw. ausfüllen!

Hiermit wird bestätigt, dass bei

Zu- und Vorname	Geburtsdatum
-----------------	--------------

eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altenheim, Rehabilitationseinrichtung, besondere Wohnform o.ä.) vorliegt oder eine solche Unterbringung beabsichtigt ist.

Name und Anschrift der Einrichtung		Art der Einrichtung
Seit/ab:	öffentlich-rechtlicher Kostenträger des Aufenthalts: Name/Anschrift des Kostenträgers	Die Kosten des Aufenthalts werden in vollen Umfang teilweise nicht vom Antragsteller selbst getragen. Die Pflegeversicherung trägt die Kosten als Leistung zur vollstationären Pflege

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

Ja Nein, die Einrichtung wird nie selten regelmäßig an Tagen/Monat verlassen.

Es erfolgen regelmäßige Heimfahrten in den Ferien
Bitte Zeiträume angeben:

Stempel und Unterschrift der Einrichtung

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

Bescheinigung der Meldebehörde 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	Geburtsdatum
ist hier gemeldet seit: _____ mit dem Hauptwohnsitz Nebenwohnsitz.	
Ein Zuzug erfolgte am: _____ von _____ früherer Wohnort, Bundesland, Land	

Datum

Unterschrift/Stempel der Meldebehörde

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Anlage BL

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 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: (Bevollmächtigungsbefugnis beifügen)		
Leistungen der Kriegsopferversorgung, Gewaltopferversorgung oder anderer vergleichbarer Leistungen	Ja	Nein
Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder vergleichbare Leistungen	Ja	Nein
Leistungen des Beschäftigungslandes nach den dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit oder vergleichbarer Leistungen	Ja	Nein

5. Hinweis zum Übergang von Schadensersatzansprüchen

Nach § 8 Abs. 1 Satz 1 LBlindG in Verbindung mit § 116 SGB X gehen gesetzliche **Schadensersatzansprüche, 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 Schadensersatzansprüche gegen den Schadensverursacher insoweit nicht mehr verfügen, insbesondere **keinen Vergleich schließen oder Zahlungen entgegennehmen**, sofern hierdurch die auf die Verwaltung übergegangenen Schadensersatzansprüche berührt werden. Ein Verstoß dagegen kann eine Schadensersatzpflicht 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 das Sozialamt auf Anfrage.

Informationen zu Ihren datenschutzrechtlichen Informationsrechten nach Art.13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) finden Sie unter www.landkreis-zwickau.de/dsgvo_sozialamt.

6. Zustehende Leistungen sollen auf das folgende Konto überwiesen werden

<input type="checkbox"/> eigenes Konto	<input type="checkbox"/> gemeinsames Konto	<input type="checkbox"/> Fremdkonto (bitte Kontoinhaber angeben)
Kontoinhaber _____		
Geldinstitut _____	BIC _____	
IBAN _____		

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 des Kontoinhabers