

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Absender

Landratsamt Zwickau
Sozialamt
Werdauer Straße 62
08056 Zwickau

**Antrag auf Feststellung der
Schwerbehinderteneigenschaft
und Gewährung von Leistungen nach
dem Landesblindengeldgesetz**

- Erstantrag -

Ansprechpartner

Vorname

Nachname

Anschrift

PLZ

Ort

Land

Straße

Hausnummer

Telefonnummer

E-Mail

Faxnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Erstantrag	Eingangsstempel
	Az:

Antrag auf 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 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 Funktionseinschränkungen (Beschränkungen).

die Feststellung 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)	(hilflos)	(erheblich hör- oder sehbehindert oder dauerndes Gebundensein an die Wohnung)	(blind)	(gehörlos)	(taubblind)

Die Feststellung erfolgt grundsätzlich ab Antragseingang.

Nur ausnahmsweise kann eine rückwirkende Feststellung erfolgen, insbesondere bei glaubhaft nachgewiesenen Steuervorteilen oder einem Rentenbegehren (Altersrente). Gründe für die rückwirkende Feststellung sind:

die Ausstellung einer Steuerbescheinigung, falls der festgestellte Grad der Behinderung (GdB) unter 50 liegt.

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 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

weiblich divers
 männlich

Geburtsort

Kreis, Land

Wohnsitz

Postleitzahl, Wohnort

Straße, Hausnummer

freiwillige Angaben: Telefonnummer; E-Mail

derzeit erwerbstätig

Ja

Nein

Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft
Stand Juni 2022

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/Betreuers bzw. Bevollmächtigten

Anschrift des Vormunds/Betreuers bzw. Bevollmächtigten

Staatsangehörigkeit

Ausländische Antragsteller bitte eine amtliche Bescheinigung über den Aufenthaltstitel beifügen 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

Stempel und Unterschrift der Ausländerbehörde

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.

Angaben über gesundheitliche Funktionsbeeinträchtigungen

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

Schlüsselzahl

	Schlüsselzahl

Bitte zu jeder Gesundheitsstörung die jeweils zutreffende Schlüsselzahl eintragen:

- 1 = angeborene Funktionsbeeinträchtigung,
- 2 = Arbeits- oder Dienstanfall (einschl. Wegeunfall); Berufskrankheit,
- 4 = Verkehrsunfall soweit nicht Arbeits- oder Dienstanfall (2),
- 5 = häuslicher Unfall soweit nicht Arbeits- oder Dienstanfall (2),

- 6 = sonstiger Unfall,
- 7 = Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung; Impf-, Haft-, Gewalttat-, Verfolgungsschaden
- 9 = krankheitsbedingte Funktionsbeeinträchtigung,
- 10 = sonstige Ursache.

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

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	statio- när	Name und Anschrift des Krankenhauses	wegen folgender Gesundheitsstörungen

Kuraufenthalte in den letzten 2 Jahren

von - bis	Name und Anschrift der Kuranstalt	wegen folgender 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 beigefügt:

- Vollmacht
- Bestellungsurkunde
- Amtliche Bescheinigung über den Aufenthalt (bei ausländischen Antragstellern)

- Anlage BL**
- Ärztliche Unterlagen

Datum _____



Unterschrift des Antragstellers

- gesetzlicher Vertreter
- Eltern
- Betreuer
- Pfleger
- Bevollmächtigter

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Name, Vorname

Geburtsdatum

Einwilligungserklärung

Zur Durchführung der Feststellung der Behinderteneigenschaft nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) und der Entscheidung nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindG) ist es erforderlich, Unterlagen beizuziehen, die Auskunft über Ihren Gesundheitszustand oder über gewährte Sozialleistungen geben können (§ 67a SGB X). Sollten Sie die Einwilligung zur Beiziehung der Unterlagen verweigern, kann über Ihren Antrag nach dem SGB IX / LBGeldG nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden. Deshalb benötigen wir von Ihnen nachfolgende Einwilligungserklärung.

Die Einwilligungserklärung gilt auf Dauer, kann aber jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich bin damit **einverstanden**, dass die für das Feststellungsverfahren nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) und dem Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG) zuständige Behörde im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages von Gerichten, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und anderen Leistungsträgern - welche ich im Antrag angegeben habe oder die aus den von mir überlassenen Unterlagen ersichtlich sind - **medizinische Unterlagen aller Art und Akten bezieht, elektronisch verarbeitet und speichert**, die sie für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt.

Weiter bin ich **einverstanden**, dass **von meinen behandelnden Ärzten, Psychologen, Gutachtern und Einrichtungen Auskünfte eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen, elektronisch verarbeitet und gespeichert werden**. Das schließt auch die Unterlagen ein, die diese Ärzte, Psychologen, Gutachter und Einrichtungen von anderen Ärzten, Psychologen, Gutachtern und Einrichtungen erhalten haben.

Folgende Ärzte, Psychologen 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, Gutachter und Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und erlaube die Erteilung von Auskünften und die Herausgabe von Unterlagen an die Verwaltungsbehörde.

Untersuchungen und Begutachtungen, die während des laufenden Feststellungsverfahrens stattgefunden haben, werde ich umgehend dem Sozialamt mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über meine ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Datum



Unterschrift des Antragstellers

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

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 XI)
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.

Zutreffendes bitte ankreuzen! bzw. ausfüllen!

Anlage BL

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:	Die Kosten des Aufenthalts werden in vollen Umfang teilweise nicht vom Antragsteller selbst getragen.
	Name/Anschrift des Kostenträgers	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:

(Bewilligungsbescheid beifügen)

Leistungen der Kriegsopferversorgung, Gewaltopfersversorgung 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 Schadensansprüchen

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

eigenes Konto gemeinsames Konto 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