



Landratsamt Mittelsachsen  
Abteilung Soziales  
Referat Schwerbehindertenrecht  
und Landesblindengeld  
Frauensteiner Straße 43  
09599 Freiberg

Eingangsvermerk

**Ausfüllhinweise**

- Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. in Druckbuchstaben ausfüllen!
- (\*) Diese Felder müssen ausgefüllt werden.
- Weitere Informationen und Hinweise.

**Antrag auf**

**Feststellung einer Behinderung/Schwerbehinderung nach § 152 SGB IX**

**Gewährung von Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz**

Erstantrag    Änderungsantrag zum Aktenzeichen

Sehr geehrte(r) Antragsteller(in),

um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, diesen Antrag vollständig auszufüllen und zu unterschreiben.

**Sofern vorliegend, bitten wir, uns auch vorhandene Befunde, Entlassungsberichte und andere medizinische Dokumentationen zu den angegebenen Erkrankungen in Kopie zur Verfügung zu stellen.**

Weitere Hinweise zum Verfahren finden Sie auf Seite 6 dieses Antrags sowie auf unserer Homepage unter: [www.landkreis-mittelsachsen.de](http://www.landkreis-mittelsachsen.de). Dort sind auch unsere Formulare eingestellt. Die Informationen zum Datenschutz nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) entnehmen Sie bitte der Anlage zum Antrag, die Bestandteil dieses Antrages ist. Für eventuelle Rückfragen erreichen Sie uns während der Öffnungszeiten: dienstags und donnerstags von 9 bis 12 Uhr sowie von 13 bis 18 Uhr und freitags von 9 bis 12 Uhr telefonisch unter: 03731 799-6296 bzw. 6297 oder persönlich in der Außenstelle des Landratsamtes in Mittweida.

**1. Angaben zum Antragsteller/gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertreter**

Namenszusatz, Name, Vorname(*)		ggf. Geburtsname/früherer Name(*)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geburtsdatum(*)	Geschlecht(*)	Staatsangehörigkeit(*)	
<input type="text"/>	weiblich    männlich divers    keine Angabe	<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer(*)		Kreis	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Postleitzahl, Ort, ggf. Stadt-, Ortsteil(*)			
<input type="text"/>			
telefonisch tagsüber erreichbar unter		derzeit erwerbstätig	
<input type="text"/>		ja    nein	

**gesetzlicher/bevollmächtigter Vertreter des Antragstellers**

Namenszusatz, Name, Vorname(\*) (Für minderjährige Kinder sind beide sorgeberechtigte Elternteile anzugeben.)

Anschrift (\*)

**Bitte fügen Sie eine Kopie des vom Amtsgericht ausgestellten Betreuerausweises bei, aus der Dauer und Umfang der Betreuung ersichtlich sind. Für Bevollmächtigte ist eine Kopie der Vollmacht einzureichen.**

## 2. Antragsumfang

### Behinderung, Grad der Behinderung (GdB), Merkzeichen, Ausweis

Ich beantrage

die erstmalige Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung (GdB), die Feststellung von Merkzeichen und die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises

die Neufeststellung einer Behinderung wegen Verschlimmerung bzw. Hinzukommen von Erkrankungen, die Erhöhung des GdB, die Feststellung von Merkzeichen und die Ausstellung/Neuausstellung eines Schwerbehindertenausweises

### Merkzeichen

Infolge meiner Gesundheitsstörungen liegen meiner Meinung nach (bitte ankreuzen) die Voraussetzungen vor für:

**G** erheblich gehbehindert } Ausmaß der Gehbehinderung, ggf. Nutzung von Hilfsmitteln?  
**aG** außergewöhnlich gehbehindert }

**B** auf regelmäßige Begleitung bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel angewiesen

**H** hilflos (**Bitte Angaben zur Pflegekasse auf Seite 4 beachten!**)

Pflegegrad  liegt vor Pflegegrad wurde beantragt

**RF** wesentlich sehbehindert    wesentlich hörbehindert  
behinderungsbedingt ständig an meine Wohnung gebunden    ständig bettlägerig

**BI** blind

**GI** gehörlos

**1. KI** berechtigt, mit Fahrausweis der 2. Klasse die 1. Klasse zu benutzen.  
(Gilt nur für Schwerkriegsbeschädigte nach Bundesversorgungsgesetz oder Berechtigte nach Bundesentschädigungsgesetz.)

**TBI** taubblind

### Dieser Antrag

erstreckt sich auf alle Gesundheitsstörungen, die an Hand der ärztlichen Unterlagen nachgewiesen werden (unabhängig davon, ob die Erkrankungen im Antrag genannt werden)

beschränkt sich auf die in diesem Antrag aufgeführten Erkrankungen (Beschränkung)

### Die Feststellung soll erfolgen

ab Antragseingang

rückwirkend ab .. und zwar aus  
Tag    Monat    Jahr    (Bitte genaues Datum angeben.)

steuerrechtlichen Gründen    rentenrechtlichen Gründen

sonstigen Gründen   
Bitte genauen Grund angeben.

### Ich beantrage

die Gewährung/Überprüfung von Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindG) wegen

**Blindheit**                    **hochgradige Sehbehinderung**

**Gehörlosigkeit**            **Schwerstbehinderung des Kindes**

**(Die Anlage BL ist hierbei zwingend auszufüllen!)**



**Krankenhaus- und Kurbehandlungen in den letzten 2 Jahren bzw. seit der letzten Feststellung**

Behandlung von - bis	Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Kurklinik	wegen folgender/n Gesundheitsstörung/en	welcher Arzt erhielt den Entlassungsbericht

**Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z.B. Gesundheitsamt, Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Betreuungsgericht, Sozialgericht usw.) befinden sich weitere, die Gesundheitsstörung/en betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, usw.?**

Name und Anschrift der Stelle	Akten-/Geschäftszeichen

**Zugehörigkeit zur Kranken-/Pflegekasse**

Name und Anschrift der Kranken-/Pflegekasse	Mitgliedsnummer

Bitte fügen Sie, soweit vorhanden, eine Kopie des gesamten Pflegegutachtens bei.

**4. Feststellung einer anderen Behörde**

**Wurde bei Ihnen bereits eine Entscheidung zum Vorliegen eines dauerhaften Körperschadens (MdE/GdS/GdB) durch eine andere Behörde, Versorgungsamt, Landratsamt etc. getroffen?**

nein                      beantragt                      ja und zwar

für einen anerkannten Körperschaden/ eine anerkannte Schädigungsfolge wegen	durch folgende Behörde, Versorgungsamt, Landratsamt etc. (Bitte vollständige Anschrift angeben!)
Arbeitsunfall/Berufskrankheit Schädigung nach Bundesversorgungsgesetz/ Nebengesetzen (z.B. SVG, OEG) Dienstunfall nach beamtenrechtlichen Unfallvorschriften Schädigung nach Bundesentschädigungsgesetz	

Akten-/Geschäftszeichen:

Höhe der/des festgestellten MdE/GdS/GdB:

Feststellungsbeginn:

**Bitte fügen Sie eine Kopie des maßgeblichen Feststellungsbescheides der anderen Behörde bei.**

## 5. Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname(*)	Geburtsdatum (*)

Zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach dem Sozialgesetzbuch -Neuntes Buch- (SGB IX) und des Verfahrens nach dem Sächsischen Landesblindengeldgesetz (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, ausgewertet und gespeichert (Datenverarbeitung). Zur Auswertung bedient sich die Behörde ärztlicher Gutachter. Sollten Sie die Einwilligung zur Beiziehung der Unterlagen verweigern, kann über Ihren Antrag nach dem SGB IX/ LBlindG nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden. Deshalb benötigen wir von Ihnen die nachfolgende Einwilligungserklärung.

**Diese Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung gilt auf Dauer, kann aber jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.**

Ich bin vorbehaltlich nachfolgender Erklärung damit einverstanden, dass die für das Feststellungs- und Ausweisverfahren nach dem SGB IX und/oder nach dem LBlindG zuständige Behörde im Rahmen der Bearbeitung meiner Verwaltungsverfahren von Gerichten, Behörden, Krankenhäusern, Einrichtungen (auch Schulen und Werkstätten für behinderte Menschen), Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen sowie anderen Leistungsträgern - welche ich angegeben habe oder die aus den von mir überlassenen Unterlagen ersichtlich sind - medizinische Unterlagen aller Art (auch Leistungseinschätzungen) und Akten beizieht, die sie für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt.

Weiter bin ich einverstanden, dass von meinen behandelnden Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachtern, privaten Versicherungsunternehmen, Einrichtungen (auch Schulen und Werkstätten für behinderte Menschen) und Gerichten Auskünfte eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen werden.

Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachter, privaten Versicherungsunternehmen, Einrichtungen und Gerichte von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachtern, privaten Versicherungsunternehmen, Einrichtungen und Gerichten erhalten haben.

**Folgende Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachter, private Versicherungsunternehmen, Einrichtungen und Gerichte 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, privaten Versicherungsunternehmen, Behörden, Einrichtungen und Gerichte von ihrer Schweigepflicht und erlaube die Erteilung von Auskünften sowie die Herausgabe von Unterlagen. Ich stimme der Verarbeitung dieser Daten im Verwaltungsverfahren nach dem SGB IX/LBlindG zu.**

Untersuchungen und Begutachtungen, die während des laufenden Verfahrens stattgefunden haben, werde ich umgehend mitteilen.

Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese Untersuchungen und Begutachtungen angefordert werden können.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich ebenso die Kenntnisnahme des Informationsblattes zum Datenschutz nach der EU-DSGVO.**

Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift des/der

gesetzlichen Vertreter(s)

Bevollmächtigten

Eltern

Betreuer

Pfleger

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.

## 6. Allgemeine Hinweise

### Informationen zum Ablauf des Verfahrens

Entsprechend Ihrer Angaben im Antrag werden von der zuständigen Behörde die erforderlichen Ärzte und Einrichtungen sowie andere von Ihnen benannte Stellen gebeten, Befundberichte und weitere medizinische Dokumente zu übersenden und erforderliche Auskünfte zu erteilen. Dazu ist es unbedingt erforderlich, dass Sie die Einwilligung (s. Seite 5 des Antrags) erteilt haben. Nach Eingang der angeforderten Unterlagen und Auskünfte wird eine versorgungsmedizinische Stellungnahme eingeholt. Über Ihren Antrag erhalten Sie abschließend einen Bescheid. In diesem wird entschieden, ob eine Behinderung festzustellen ist, welcher Grad der Behinderung (GdB) anerkannt wird und ob evtl. Merkzeichen (s. Seite 2 des Antrags) zu berücksichtigen sind. Sollten Sie gleichzeitig einen Antrag nach dem LBlindG gestellt haben, erhalten Sie dazu eine gesonderte Entscheidung.

### Die erhobenen Daten werden elektronisch verarbeitet und gespeichert.

Auf Folgendes wird noch hingewiesen: Einige Nachteilsausgleiche für behinderte Menschen hängen von einem rechtzeitigen Antrag ab, z. B. der Zusatzurlaub für schwerbehinderte Menschen nach § 208 SGB IX oder die Altersrente für schwerbehinderte Menschen. Bei Bedarf setzen Sie sich bitte mit der jeweils zuständigen Stelle in Verbindung.

### Persönliche Erklärung zum Antrag

- a) Ich versichere, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können und zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt werden müssen.
- b) Ich werde Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, insbesondere
- eine Besserung bzw. den Wegfall der angegebenen Gesundheitsstörung/en,
  - die Änderung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts, insbesondere die Aufnahme in ein Heim bei der Beantragung von Landesblindengeld, den Wegzug aus Sachsen,
  - den Entzug eines ausländerrechtlichen Aufenthaltstitels,
  - die Beantragung bzw. den Bezug von gleichartigen Leistungen im Sinne des LBlindG,
  - die Beantragung bzw. den Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung
- ggf. unter Angabe entsprechender Nachweise unverzüglich mitteilen.
- c) Ich nehme zur Kenntnis, dass medizinische Auskünfte und Unterlagen, die die Verwaltung im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB IX und/ oder LBlindG erhalten hat, nach 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 - auch später - von Ihnen widersprochen werden.

Ich erhebe gegen die Datenübermittlung Widerspruch!

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Informationen zum Ablauf des Verfahrens (s. o.) und zum Datenschutz nach der EU-DSGVO entsprechend des Informationsblattes (Anlage zum Antrag).**

### Als Unterlagen sind beigelegt:

Vollmacht	Anlage BL
Betreuungsurkunde/Betreuerausweis	Meldebescheinigung
Fragebogen zur Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	Bescheinigung Aufenthaltstitel
ärztliche Unterlagen	

\_\_\_\_\_

**Datum**

**Unterschrift Antragsteller**

**Unterschrift des/der**

gesetzlichen Vertreter(s)

Bevollmächtigten

Eltern

Betreuer

Pfleger

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.

## 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. Name 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 Mittelsachsen  
Abteilung Soziales  
Referat Schwerbehindertenrecht und Landesblindengeld  
Frauensteiner Straße 43  
09599 Freiberg

Telefon: 03731 799-6417  
E-Mail: [soziales@landkreis-mittelsachsen.de](mailto:soziales@landkreis-mittelsachsen.de)

### 2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragte(r) des Landratsamtes Landkreis Mittelsachsen  
Frauensteiner Straße 43  
09599 Freiberg

Telefon: 03731 799-3315  
E-Mail: [datenschutz@landkreis-mittelsachsen.de](mailto:datenschutz@landkreis-mittelsachsen.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
- 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

Telefon: 0351 85471 101  
Telefax: 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.