



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 zwingend 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. 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 von 9 bis 12 Uhr sowie von 13 bis 18 Uhr und donnerstags von 9 bis 12 Uhr sowie 13 bis 16 Uhr.
telefonisch unter: 03731 799-6000 oder persönlich in der Außenstelle des Landratsamtes in Mittweida.
Zudem erreichen Sie uns telefonisch montags und freitags von 9 bis 12 Uhr.

1. Angaben zum Antragsteller/gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertreter

Namenszusatz, Name, Vorname (*)		ggf. Geburtsname/früherer Name (*)	
Geburtsdatum (*)		Geschlecht (*)	
weiblich	männlich	Staatsangehörigkeit (*)	
divers	keine Angabe	Ausländische Staatsbürger und Grenzarbeitnehmer bitte Kopie Aufenthaltsbescheinigung/Arbeitserlaubnis beifügen.	
Straße, Hausnummer (*)		Kreis	
Postleitzahl, Ort, ggf. Stadt-, Ortsteil (*)			
telefonisch tagsüber erreichbar unter		erwerbstätig	Identifikationsnummer (Steuer-ID) (*)
		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 Krankenkasse/Pflegeversicherung auf Seite 4 beachten!)

Pflegegrad liegt vor

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!)

3. Angaben zu vorliegenden Gesundheitsstörungen

Hier sind nicht nur vorübergehende (länger als 6 Monate) körperliche, geistige oder seelische altersuntypische Gesundheitsstörungen anzugeben.

Name und Anschrift Ihres Hausarztes (*)	dort in Behandlung seit
wegen folgender/n Gesundheitsstörung/en (siehe Hinweis 1)	

(Fach-) ärztliche Behandlung in den letzten 2 Jahren bzw. seit der letzten Feststellung

Hinweis 1

- Sollten Sie an einer Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) erkrankt sein, fügen Sie bitte Ihrem Antrag den ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen zur Erkrankung bei (auf unserer Homepage hinterlegt).
 - Bitte benutzen Sie keine Abkürzungen insbesondere keine ICD-Nummern!

Hinweis 2 - Schlüsselzahlen (nur für statistische Erhebungen)

- 1 = angeborene Erkrankung
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 Gesundheitsstörung
10 = sonstige Ursache

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

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

Angaben zur Krankenkasse/Pflegeversicherung

Name, Anschrift, Versichertennummer der Krankenkasse/Pflegeversicherung	Ein Pflegegrad wurde beantragt wurde abgelehnt liegt vor und zwar _____ wurde nicht beantragt
---	---

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

Name, Vorname(*)

Geburtsdatum (*)

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 Schweigepflichtentbindungs-erklärung.

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, 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, 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	Unterschrift des/der
		gesetzlichen Vertreter(s) <input type="checkbox"/>
		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 beigefügt:

Vollmacht

Anlage BL

Betreuungsurkunde/Betreuerausweis

Meldebescheinigung

Fragebogen zur Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

Bescheinigung Aufenthaltstitel

ärztliche Unterlagen

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift des/der

gesetzlichen Vertreter(s) i

Bevollmächtigten

Eltern

Betreuer

Pfleger

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.

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: kontakt.soziales@landkreis-mittelsachsen.de

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

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

E-Mail: 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
- die Finanzverwaltung
- 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:

Sächsische Datenschutz- und Transparenzbeauftragte
Postfach 11 01 32
01330 Dresden

Telefon: 0351 85471 101
Telefax: 0351 85471 109
E-Mail: 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.