

(neue Anschrift)

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Änderungsantrag zur Feststellung der **Schwerbehinderten-eigen-** **schaft** und zur Gewährung von Leistungen nach dem **Landesblindengeldgesetz**

Zutreffendes ankreuzen ☑ oder ausfüllen

Ich beantrage

die Erhöhung des **Grades der Behinderung** (GdB).
 die Eintragung des/der **Merkzeichen(s)**
 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)**
für Blindheit hochgradiger Sehbehinderung Gehörlosigkeit i. S. des LBlindG Schwerstbehinderung eines Kindes
 Blindheit und **gleichzeitig** Gehörlosigkeit i. S. des LBlindG
(bitte dann 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.

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

Angaben zur Person

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname | | Geschlecht | |
| Geburtsdatum | | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers | |
| Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt - wenn abweichend vom Hauptwohnsitz - | | | |
| Straße, Haus-Nr. | | Kreis | |
| Postleitzahl, Ort | | Gemeinde – nur bei Abweichung vom Wohnort angeben | |
| <input type="checkbox"/> in Sachsen <input type="checkbox"/> in | | derzeit erwerbstätig | |
| telefonisch erreichbar unter (_____) _____ (Angabe freiwillig) | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |

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 |
| Anschrift |

Nur Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises auf Grund anderweitiger Feststellungen

Hat zwischenzeitlich eine Verwaltungsbehörde, ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Schädigungsfolge (GdS) getroffen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, für nachfolgende Gesundheitsstörungen | Höhe der festgestellten 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 Verschlimmerungen oder 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 körperlichen, geistigen, seelischen oder Sinnesbeeinträchtigungen die wenigstens 6 Monate andauern machen Sie seit der letzten Feststellung neu geltend? | Schlüsselzahl | Bitte zu jeder Gesundheitsstörung die jeweils zutreffende Schlüsselzahl eintragen: |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | 1= angeborene Funktionsbeeinträchtigung |
| | <input type="checkbox"/> | 2= Arbeits- oder Dienstatfall (einschl. Wegeunfall); Berufskrankheit |
| | <input type="checkbox"/> | 4= Verkehrsunfall soweit nicht Arbeits- oder Dienstatfall (2) |
| | <input type="checkbox"/> | 5= häuslicher Unfall soweit nicht Arbeits- oder Dienstatfall (2) |
| | <input type="checkbox"/> | 6= sonstiger Unfall |
| | <input type="checkbox"/> | 7= Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung; Impf-, Haft-, Gewalttat-, Verfolgungsschaden |
| | <input type="checkbox"/> | 8= krankheitsbedingte Funktionsbeeinträchtigung |
| | <input type="checkbox"/> | 9= sonstige Ursache |

Merkzeichen

Infolge meiner Gesundheitsstörungen bin ich meiner Meinung nach

- blind (**BL**)
- gehörlos (**GL**)
- hilflos (**H**)
 - Pflegegrad liegt vor
- erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (**G**)
- außergewöhnlich gehbehindert (**aG**), weil ich mich nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb meines Fahrzeuges bewegen kann
 - auf die Benutzung eines Rollstuhles angewiesen
- auf ständige Begleitung bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln angewiesen (**B**)
- wesentlich sehbehindert (**RF**)
- wesentlich schwerhörig (**RF**)
- ständig** gehindert, an öffentlichen Veranstaltungen jeder Art teilzunehmen (**RF**)
 - ständig** bettlägerig
- bei Reisen mit der Deutschen Bahn AG wegen Schädigungsfolgen i.S. des Bundesversorgungsgesetzes / Bundesentschädigungsgesetzes auf die Unterbringung in der 1. Wagenklasse angewiesen (**1.KI.**)
- taubblind (**TBl**)

Angaben über ärztliche Behandlungen wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen

Name und Anschrift Ihres Hausarztes?

| |
|----------|
| |
|----------|

Ärztliche Behandlung wegen der Funktionsbeeinträchtigungen seit der letzten Feststellung

| von - bis | Name und Anschrift des behandelnden Arztes | wegen welcher Gesundheitsstörung |
|-----------|--------------------------------------------|----------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Krankenhausbehandlung seit der letzten Feststellung

| von - bis | Name und Anschrift des Krankenhauses | wegen welcher Gesundheitsstörung |
|-----------|--------------------------------------|----------------------------------|
| | | |
| | | |

Kurbehandlung seit der letzten Feststellung

| von - bis | Name und Anschrift der Kuranstalt | Kostenträger | wegen welcher Gesundheitsstörung |
|-----------|-----------------------------------|--------------|----------------------------------|
| | | | |
| | | | |

Welcher Arzt erhielt den Krankenhaus- bzw. Kurabschlussbericht?

| |
|------|
| |
|------|

Seine Anschrift lautet:

| |
|----------|
| |
|----------|

Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z.B. Gesundheitsamt) befinden sich weitere die Behinderung betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.?

| Name und Anschrift der Stelle | Geschäftszeichen |
|-------------------------------|------------------|
| | |
| | |

Bitte senden Sie auch eventuell in Ihren Händen befindliche Unterlagen ein.

Zugehörigkeit zur Pflegekasse (Nur erforderlich, wenn dort ein Antrag auf Pflegeleistung gestellt wurde)

| Name und Anschrift der Pflegekasse | Mitgliedsnummer |
|------------------------------------|-----------------|
| | |

Allgemeine Hinweise

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.

Die erhobenen Daten werden elektronisch gespeichert.

Als Unterlagen sind beigelegt:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vollmacht | <input type="checkbox"/> Anlage BL |
| <input type="checkbox"/> Bestallungsurkunde | <input type="checkbox"/> Ärztliche Unterlagen |
| <input type="checkbox"/> Kopie Personalausweis/Reisepass (bei Landesblindengeldantrag) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Kopie Personalausweis (bei Unionsbürger) | |

Hinweis zur EU-Datenschutzgrundverordnung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift auch die Kenntnisnahme des Hinweisblattes zum Datenschutz – EU-DSGVO.

Datum

Unterschrift des Antragstellers oder

gesetzlichen Vertreters (Eltern Betreuer) Bevollmächtigten

Hinweise zur Ausweisausgabe

Ist aufgrund einer Änderung der Ausweis neu auszustellen, wird dieser von der ausstellenden Behörde nach Aufbringen des Passbildes versandt. Aufgrund des dezentralen Druckes der Schwerbehindertenausweise kann auch bei persönlicher Abgabe des Lichtbildes der Schwerbehindertenausweis nicht mehr sofort ausgehändigt werden.

Bescheinigung der Ausländerbehörde – nur ausfüllen lassen, wenn der Antragsteller Ausländer ist –

Der/die Antragsteller/in hält sich rechtmäßig im Bundesgebiet auf. Er/sie ist im Besitz einer/s:

- Niederlassungserlaubnis (§ 9 AufenthG)
- Erlaubnis zum Daueraufenthalt EU (§ 9a AufenthG)
- Blaue Karte EU (§ 18b Abs. 2 AufenthG)
- ICT-Karte (§ 19 AufenthG)
- Mobile ICT-Karte (§ 19 b AufenthG)
- nationalen Visums (§ 6 Abs. 3 AufenthG) (Aufenthaltszweck: _____)
- Schengen-Visums (§ 6 Abs.1 Nr. 1 AufenthG)
- Duldung (§ 60a AufenthG)
- Aufenthaltskarte für Familienangehörige,
die nicht EU-Bürger sind (§ 5 Abs. 1 S. 1 Freizüg/EU)
- Bescheinigung über das Daueraufenthaltsrecht (Unionsbürger und dessen Familienangehörige)
- Daueraufenthaltskarte für Familienangehörige mit Drittstaatsangehörigkeit (des Unionsbürgers)
- Aufenthaltserlaubnis nach § _____ AufenthG
 - gültig seit _____ gültig bis _____
 - sonstige Hinweise zur Aufenthaltserlaubnis

Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylG)

Das Asylverfahren wurde abgeschlossen noch nicht abgeschlossen

Eine Ausweisung oder Abschiebung ist

- wegen eines allein oder überwiegend in der Person des Asylbewerbers liegenden Grundes
- wegen eines objektiven, nicht in der Person des Asylbewerbers liegenden Grundes
- geplant ab _____
- derzeit nicht absehbar und deshalb
- völlig zukunfts offen
- sonstiges: _____

sonstige Aufenthaltstitel bzw. anderer Nachweis gültig bis: _____

Erwerbstätigkeit ist erlaubt (falls nicht bereits im Aufenthaltstitel vermerkt): ja nein

Datum

Unterschrift, Stempel

Name:

Aktenzeichen:

Einwilligungserklärung

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 Einwilligungserklärung**.

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

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, Krankenanstalten/Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen 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 **beizieht**, die für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt werden.

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

Folgende Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachter, Unternehmen, 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 Hinweisblattes zum Datenschutz – EU-DSGVO.

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Unterschrift des/der

gesetzl. Vertreter(s) Bevollmächtigten

Eltern

Betreuer

Anlage BI

Zusätzliche Angaben bei Beantragung von Leistungen nach dem LBlindG

Die folgenden Punkte nur ausfüllen, wenn Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz 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

| <input type="checkbox"/> Ich erhalte folgende Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) bzw. habe derartige Leistungen beantragt:: | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leistungsart | | |
| Pflege- grade | | |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> häusliche/ambul. Pflege (§ 36 SGB XI) | <input type="checkbox"/> stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> Pflegegeld (§ 37 SGB XI) | <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) | <input type="checkbox"/> Pflege in vollstationärer Einrichtung der Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI i.V.m.§ 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI) |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI) | <input type="checkbox"/> besondere Wohnform (§ 42a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XII) |
| <input type="checkbox"/> 5 | | |
| <input type="checkbox"/> Ich erhalte keine Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) bzw. habe derartige Leistungen auch nicht beantragt | | |

1.2. Angaben zur Krankenkasse/Pflegekasse

| | |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Name der Krankenkasse | |
| Name der Pflegekasse (wenn nicht identisch mit Krankenkasse) | |
| Anschrift | |
| Mitgliedsnummer | |
| Datum der Untersuchung | Pflegegutachten vom..... (Gutachten beifügen- auch bei Ablehnung) |

1.3. Bezug/Beantragung von anderen Sozialleistungen

| Ich erhalte folgende andere Sozialleistungen bzw. habe derartige Leistungen beantragt: | | Stelle, Aktenzeichen | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|
| 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 | | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII). | <input type="checkbox"/> Ja | | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Leistungen anderer Bundesländer nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit, Taubblindheit oder als schwerstbehindertes Kind. | <input type="checkbox"/> Ja | | <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 nach § 42a Abs. 2 Satz 1 Nr.2 SGB XII o.ä.) vor oder ist eine solche Unterbringung beabsichtigt? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls eine entsprechende Unterbringung vorliegt, bitte nachfolgende Bestätigung ausfüllen lassen | | | |
| Hiermit wird bestätigt, dass bei Zu- und Vorname: Geburtsdatum: eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altenheim, Rehabilitationseinrichtung oder besondere Wohnform nach § 42a Abs. 2 Satz 1 Nr.2 SGB XII o.ä.) vorliegt oder eine solche Unterbringung beabsichtigt ist. | | | |
| Name/Anschrift der Einrichtung | | Art der Einrichtung | |
| seit/ab | öffentlich-rechtlicher Kostenträger des Aufenthalts: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name/Anschrift des Kostenträgers: | Die Kosten des Aufenthalts werden <input type="checkbox"/> in vollem Umfang <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nicht vom Antragsteller selbst getragen. | |
| | | <input type="checkbox"/> Die Pflegeversicherung trägt die Kosten als Leistung zur vollstationären Pflege nach <input type="checkbox"/> § 43 SGB XI <input type="checkbox"/> § 43a SGB XI <input type="checkbox"/> Sonstige Leistungstragung <input type="checkbox"/> Angabe der gesetzlichen Grundlage: <input type="checkbox"/> Kostenträger: | |
| Die Einrichtung wird <u>regelmäßig jedes</u> Wochenende für einen Aufenthalt zu Hause verlassen? <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein, die Einrichtung wird <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> <u>regelmäßig</u> an Tagen (Anzahl)/Monat verlassen | | | |
| <input type="checkbox"/> regelmäßige Heimfahrten in den Ferien <input type="checkbox"/> Ja (konkrete, gesonderte Beantragung des Zeitraumes erforderlich) <input type="checkbox"/> Nein | | | |
| Stempel und Unterschrift der Einrichtung | | | |

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

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Bescheinigung der Meldebehörde in Sachsen | | 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, ggf. Geburtsname und frühere Namen | | Geburtsdatum | |
| ist hier gemeldet | seit | mit dem <input type="checkbox"/> Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> Nebenwohnsitz. | |
| Ein Zuzug erfolgte | am | von <small>früherer Wohnort, Bundesland/Land</small> | |
| Datum | Unterschrift/Stempel der Meldebehörde | | |

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 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Beschäftigungsland/-ort: Arbeitgeber: (Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers vorlegen) | |
| Entsandter (Beschäftigung für ein deutsches Unternehmen im Ausland) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Land/Ort der Entsendung: Arbeitgeber: (Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers vorlegen) | |
| Ich erhalte im Beschäftigungsland folgende andere Sozialleistungen oder habe diese beantragt: (Bewilligungsbescheid beifügen) | |
| <input type="checkbox"/> Leistungen der Kriegsopferversorgung, Gewaltopferversorgung oder andere vergleichbare Leistungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder vergleichbare Leistungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Leistungen des Beschäftigungslandes nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit oder vergleichbare Leistungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

5. Hinweis zum Übergang von Schadenersatzansprüchen

Nach § 8 Abs.1 S.1 LBlindG in Verbindung mit § 116 SGB X gehen gesetzliche **Schadenersatzansprüche, 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 Schadenersatzansprüche gegen den Schadensverursacher insoweit nicht mehr verfügen, insbesondere **keinen Vergleich schließen oder Zahlungen entgegennehmen**, sofern hierdurch die auf die Verwaltung übergegangenen Schadenersatzansprüche berührt werden. Ein Verstoß dagegen kann eine Schadenersatzpflicht 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 die für Ihren Wohnort zuständige Verwaltung des Landkreises/der kreisfreien Stadt auf Anfrage.

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 | | |
| Kontonummer | bei (Geldinstitut) | Bankleitzahl |
| IBAN | BIC/SWIFT-Code | |
| <p>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.</p> | | |
| Datum | | Unterschrift |

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 Durchführung der Feststellungsverfahren nach dem SGB IX obliegt den für Ihren Wohnort zuständigen kommunalen Körperschaften. Jede dieser Einrichtung hat auch einen Datenschutzbeauftragten. 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 sind die nachfolgend genannten Stellen:

| | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Stadt Chemnitz Sozialamt | SGB IX/LBlindG Bahnhofstraße 53 09111 Chemnitz |
| Landeshauptstadt Dresden Sozialamt | Landeshauptstadt Dresden SGB IX/LBlindG PF 120020 01001 Dresden |
| Stadt Leipzig Sozialamt | SGB IX/LBlindG 04092 Leipzig |
| Landkreis Erzgebirgskreis Landratsamt | SGB IX/LBlindG Paulus-Jenisius Straße 24 09456 Annaberg-Buchholz |
| Landkreis Mittelsachsen Landratsamt | SGB IX/LBlindG Frauensteiner Straße 43 09599 Freiberg |
| Landkreis Vogtlandkreis Landratsamt | Amt für Jugend und Soziales Postplatz 5 08523 Plauen |
| Landkreis Zwickau Landratsamt | SGB IX/LBlindG Werdauer Straße 62 08056 Zwickau |
| Landkreis Bautzen Landratsamt | Sozialamt Bahnhofstraße 9 02625 Bautzen |
| Landkreis Görlitz Landratsamt | SGB IX/LBlindG PSF 300152 02806 Görlitz |
| Landkreis Meißen Landratsamt | Kreissozialamt Meißen SGB IX/LBlindG PF 100152 01651 Meißen |
| Landkreis Sächs. Schweiz/OE Landratsamt | Referat Eingliederungs- und Behindertenhilfe Dresdner Straße 107 01705 Freital |
| Landkreis Leipzig Landratsamt | Sozialamt Brauhausstraße 8 04552 Borna |
| Landkreis Nordsachsen Landratsamt | Sozialamt 04855 Torgau |

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

| | | |
|-------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Stadt Chemnitz | Datenschutzbeauftragte(r) | datenschutz@stadt-chemnitz.de |
| Landeshauptstadt Dresden | Datenschutzbeauftragte(r) | AGagelmann@Dresden.de |
| Stadt Leipzig | Datenschutzbeauftragte(r) | datenschutzbeauftragter@leipzig.de |
| Landkreis Erzgebirgskreis | Datenschutzbeauftragte(r) | datenschutz@kreis-erz.de |
| Landkreis Mittelsachsen | Datenschutzbeauftragte(r) | datenschutz@landkreis-mittelsachsen.de |
| Landkreis Vogtlandkreis | Datenschutzbeauftragte(r) | datenschutz@vogtlandkreis.de |
| Landkreis Zwickau | Datenschutzbeauftragte(r) | datenschutz@landkreis-zwickau.de |
| Landkreis Bautzen | Datenschutzbeauftragte(r) | datenschutz@lra-bautzen.de |
| Landkreis Görlitz | Datenschutzbeauftragte(r) | datenschutz@kreis-gr.de |
| Landkreis Meißen | Datenschutzbeauftragte(r) | datenschutzbeauftragter@kreis-meissen.de |
| Landkreis Sächs. Schweiz/Osterzgebirge | Datenschutzbeauftragte(r) | datenschutz@landratsamt-pirna.de |
| Landkreis Leipzig | Datenschutzbeauftragte(r) | datenschutzbeauftragter@lk-l.de |
| Landkreis Nordsachsen | Datenschutzbeauftragte(r) | datenschutzbeauftragter@lra-nordsachsen.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.