

Absender:

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

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

Landratsamt Bautzen
Sozialamt
Bahnhofstraße 9
02625 Bautzen

gemäß § 69 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch
(SGB IX) und LBlindG

Aktenzeichen

Zugunsten der besseren Lesbarkeit verzichten wir auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen. Die Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter.
Ich beantrage

die Erhöhung des **Grades der Behinderung (GdB)**.

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 Ausstellung eines Ausweises.

die Ausstellung einer Steuerbescheinigung, falls der festgestellte GdB unter 50 liegt.

die Eintragung des/der **Merkzeichen(s)**

(BI) blind

(TBI) taubblind

(GI) gehörlos

(H) hilflos Pflegegrad _____ liegt vor

(G) erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr

(aG) außergewöhnlich gehbehindert, weil ich mich nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb meines Fahrzeuges bewegen kann auf die Benutzung eines Rollstuhls angewiesen

(B) auf ständige Begleitung bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln angewiesen

(RF) wesentlich sehbehindert **(RF)** wesentlich schwerhörig

(RF) ständig gehindert, an öffentlichen Veranstaltungen jeder Art teilzunehmen **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.Kl.)**

die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die **Inanspruchnahme der Parkerleichterungen** für besondere Gruppen schwerbehinderter Menschen

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

für Blindheit hochgradige Sehbehinderung Gehörlosigkeit Schwerstbehinderung des Kindes
(Bitte 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.

1. Angaben zur Person sowie Angaben zu **Wohnsitz** oder gewöhnlicher Aufenthalt

| | | | | | |
|--------------|------------|---|----------------------|------------------------|----------|
| Name | Vorname | ggf. Geburtsname | | Geschlecht | |
| | | | | weiblich | männlich |
| Geburtsdatum | Geburtsort | | Kreis, Land | | |
| Straße | | Haus-Nr. | Kreis | | |
| PLZ | Ort | Ortsteil - nur bei Abweichung vom Wohnort | | in Sachsen in _____ | |
| Telefon-Nr. | | (Angabe freiwillig) | derzeit erwerbstätig | ja | nein |

bzw. ausfüllen!

Zutreffendes bitte ankreuzen

2. Betreuer/Vormund

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 angeben und **Betreuungsurkunde** vorlegen. Bevollmächtigte Personen bitte ebenfalls hier eintragen und die entsprechende **Vollmacht** beifügen.

| | | | |
|--------|-----|----------|----------|
| Name | | Vorname | |
| Straße | | | Haus-Nr. |
| PLZ | Ort | Ortsteil | |

3. 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 Schädigungsfolgen (GdS) getroffen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

| Nein Ja, für nachfolgende Gesundheitsstörungen | Höhe des festgestellten GdS(=GdB) | Bezeichnung der Verwaltungsbehörde, des Sozialversicherungsträgers oder des Gerichts | Geschäftszeichen und Datum des Vorganges 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.

4. Verschlimmerung von Gesundheitsstörungen

| Welche Gesundheitsstörungen haben sich verschlimmert? | Wie äußert sich die Verschlimmerung? |
|---|--------------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

5. Neue gesundheitliche Funktionsbeeinträchtigungen

Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen sind seit der letzten Feststellung **neu** aufgetreten?

Schlüsselzahl

Bitte zu jeder Gesundheitsstörung die jeweils zutreffende Schlüsselzahl eintragen:

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

- 1= angeborene Funktionsbeeinträchtigung
- 2= Arbeits- o. Dienstatunfall (einschl. Wegeunfall); Berufskrankheit
- 4= Verkehrsunfall soweit nicht Arbeits- oder Dienstatunfall (2)
- 5= häuslicher Unfall soweit nicht Arbeits- oder Dienstatunfall (2)
- 6= sonstiger Unfall
- 7= Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung; Impf-, Haft-, Gewalttat-, Verfolgungsschaden
- 9= krankheitsbedingte Funktionsbeeinträchtigung
- 10= sonstige Ursache

Wichtig für Diabetiker: Bitte senden Sie - falls geführt - das Blutzuckertagebuch (die letzten 3 Monate) in Kopie ein.

6. Angaben über ärztliche Behandlungen wegen geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen

| | | | |
|---------------------|-----|----------|----------|
| Name des Hausarztes | | | |
| Straße | | | Haus-Nr. |
| PLZ | Ort | Ortsteil | |
| Telefon | | | |

Ärztliche Behandlungen in den letzten 5 Jahren wegen der Funktionsbeeinträchtigungen

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

Krankenhaus- und Kurbehandlung in den letzten 5 Jahren wegen der Funktionsbeeinträchtigungen

| Behandlung von - bis | stationär | Name, Anschrift und Station der Klinik | wegen folgender Gesundheitsstörungen |
|----------------------|-----------|--|--------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Welcher Arzt erhielt den Krankenhaus- bzw. Kurabschlussbericht? _____

Seine Anschrift lautet _____

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

Bitte senden Sie auch die sich in Ihren Händen befindlichen medizinischen Unterlagen mit ein.

7. Angaben zur Krankenkasse

| Name und Anschrift der Krankenkasse | Mitgliedsnummer |
|-------------------------------------|-----------------|
| | |

Haben Sie bei der Pflegekasse einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt? nein ja der Antrag läuft noch
 Wenn ja der Antrag wurde abgelehnt der Antrag wurde bewilligt, Pflegegrad _____ ab _____

8. Ausweis

Sofern Sie die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises beantragt haben, benötigen wir von Ihnen ein aktuelles Passbild in Farbe (35mm x 45mm im Hochformat)
 Bitte kennzeichnen Sie das Bild auf der Rückseite mit Ihrem Vor- und Nachnamen und dem Geburtsdatum. Das Bild wird nur zur Fertigung des Ausweises elektronisch erfasst und anschließend aus datenschutzrechtlichen Gründen vernichtet.
 Für Kinder unter zehn Jahren ist kein Bild im Ausweis erforderlich.

9. 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 beigefügt:

Lichtbild

Vollmacht

Ärztliche Unterlagen

Anlage BL

Bestellungsurkunde

Kopie Personalausweis (nur erforderlich bei LBlindG)

Lichtbild
bitte hier
einkleben.

Datum

Unterschrift des Antragstellers oder

gesetzlicher Vertreter (Eltern Betreuer Pfleger) Bevollmächtigten

10. Einwilligungserklärung

Zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach dem SGB IX und der Entscheidung nach dem 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 Anspruch nach diesem Antrag nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden. Deshalb benötigen wir von Ihnen **nachfolgende Einwilligungserklärung**.

Name

Vorname

Ich bin vorbehaltlich nachfolgender Erklärung damit **einverstanden**, dass das die für meinen Wohnort für das Feststellungsverfahren nach dem SGB IX und dem 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 Akter**beizieht**, die für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt werden.

Weiter bin ich **einverstanden**, dass die zuständige Behörde - **von Ärzten, die mich behandelt haben, Psychologen, Gutachtern und Einrichtungen Auskünfte einholt und Unterlagen zur Einsicht beizieht**. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten 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 und Gutachter 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 bzw. 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.

Datum

Unterschrift

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

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

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 | | |
| 4 | Kombinationsleistung (§38 SGB XI) | Pflege in vollstationärer Einrichtung d. Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI) |
| 5 | Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI) | _____ |

Meine zuständige Pflegekasse ist die AOK DAK Barmer GEK IKK _____

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: | | 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. | ja | | nein |
| 2. Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII). | ja | | nein |
| 3. Leistungen anderer Bundesländer nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehbehinderung, Gehörlosigkeit oder als schwerstbehindertes Kind. | ja | | nein |

Anlage BI

2. Aufenthalt in Heimen, Anstalten oder vergleichbaren Einrichtungen

Liegt derzeit eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altenheim, Rehabilitationseinrichtung o.ä.) vor oder ist eine solche Unterbringung beabsichtigt? ja nein

Falls eine Heimunterbringung vorliegt, bitte beiliegende Bestätigung ausfüllen lassen.

Hiermit wird bestätigt, dass bei

| | | | | | |
|--|-----|---|----------|--------------|--|
| Name | | Vorname | | Geburtsdatum | |
| eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altersheim, Rehabilitationseinrichtung o.ä.) vorliegt oder eine solche Unterbringung beabsichtigt ist. | | | | | |
| Name der Einrichtung | | | | | |
| Straße | | | | Haus-Nr. | |
| PLZ | Ort | | Ortsteil | | |
| Art der Einrichtung | | | | | |
| seit/ab | | Öffentlich-rechtlicher Kostenträger des Aufenthalts | | | |
| Name des Kostenträgers | | | | | |
| Straße | | | | Haus-Nr. | |
| PLZ | Ort | | Ortsteil | | |

Die Kosten des Aufenthalts werden

in vollem Umfang teilweise nicht vom Antagsteller selbst getragen.

Die **Pflegeversicherung** trägt die Kosten als Leistung zur vollstationären Pflege.

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

ja nein, die Einrichtung wird nie selten regelmäßig an _____ Tagen/Monat verlassen.

Ort, Datum _____

Stempel/Unterschrift der Einrichtung _____

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

| | | | | | |
|--|------------|---|-----------------|---------------|--|
| Bescheinigung der Meldebehörde in Sachsen | | Diese Bescheinigung wird Ihnen von den Meldebehörden gemäß § 64 SGB X kostenfrei ausgestellt. | | | |
| Die Richtigkeit der nachstehenden Angaben wird durch die Meldebehörde bestätigt | | | | | |
| Name | | Vorname | | | |
| ggf. Geb.-name oder frühere Namen | | | | Geburtsdatum | |
| ist hier gemeldet | seit _____ | mit dem | Hauptwohnsitz | Nebenwohnsitz | |
| Ein Zuzug erfolgte | am _____ | | | | |
| von frühere PLZ | Ort | | Bundesland/Land | | |
| Ort, Datum _____ | | Unterschrift/Stempel der Meldebehörde _____ | | | |

Zutreffendes bitte ankreuzen! bzw. ausfüllen!

Anlage BI

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 deutsches 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, Gewaltopferversorgung oder andere vergleichbare Leistungen ja nein

Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung und vergleichbare Leistungen ja nein

Leistungen des Beschäftigungsstandes nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehbehinderung, Gehörlosigkeit oder vergleichbare Leistungen ja 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 Gesundheitsschaden haben (z.B. der Unfallgegner), auf den Landkreis / kreisfreie Stadt bzw. auf den 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 Schadensansprüche berührt werden. Ein Verstoß dagegen kann eine Schadenersatzpflicht Ihrerseits gegenüber der Verwaltung begründen.

Ansprüche auf Schmerzensgeld und Ersatz von Sachschäden dürfen jedoch ohne Einschränkungen 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

eigenes Konto gemeinsames Konto Fremdkonto (bitte Kontoinhaber angeben)

| | |
|--------------|----------------|
| Kontoinhaber | Kreditinstitut |
| IBAN | BIC |

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.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____