

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Absender:
 Name:
 Straße:
 PLZ / Ort:

Landratsamt Bautzen
 Sozialamt
 Bahnhofstraße 9
 02625 Bautzen

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

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

Aktenzeichen

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.

Ich beantrage die **Ausstellung eines Ausweises**

die Eintragung des / der **Merkzeichen(s)**
 blind (**BL**)
 gehörlos (**GL**)
 hilflos (**H**) Pflegestufe 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 Rollstuhls 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.**)

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

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 hochgradige Sehschwäche 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.

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

Nachname	Vorname	ggf. Geburtsname	Geschlecht weiblich männlich
Geburtsdatum	Geburtsort		Kreis, Land
Straße		Hausnummer	Kreis
PLZ	Ort	in Sachsen in	Ortsteil - nur bei Abweichung vom Wohnort angeben
telefonisch erreichbar unter:		(Angabe freiwillig)	derzeit erwerbstätig ja nein

© Landratsamt Bautzen Feststellung Schwerbehinderteneigenschaft und Landesblindengeld, Änderungsantrag - 11/2013

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	Hausnummer	PLZ	Wohnort

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.

Verschlimmerung von Gesundheitsstörungen

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

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. 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 Funktionsbeeinträchtigung
		10= sonstige Ursache

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

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

© Landratsamt Bautzen Feststellung Schwerbehinderteneigenschaft und Landesblindengeld, Änderungsantrag - 11/2013

Angaben über ärztliche Behandlungen wegen 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	
Kurbehandlungen 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 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:	Pflegestufe ab

Ausweis

<p>Sofern Sie die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises beantragt haben, benötigen wir von Ihnen ein aktuelles Passbild in Farbe (35mm x 45mm im Hochformat)</p> <p>Für Kinder unter zehn Jahren ist kein Bild im Ausweis erforderlich.</p> <p>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.</p>

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:

Lichtbild

Anlage BL

Vollmacht

Bestellungsurkunde

Ärztliche Unterlagen

Kopie Personalausweis (nur erforderlich bei Landesblindengeldantrag)

Datum

Unterschrift des Antragstellers oder

gesetzlicher Vertreter (Eltern Betreuer Pfleger) Bevollmächtigten

Einwilligungserklärung

Name

Vorname

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**.

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 Akten **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.

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Anlage BL

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:					
Pflegestufe	Leistungsart				
I	häusliche/ambulante Pflege (§ 36 SGB XI)	stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)			
	Pflegegeld (§ 37 SGB XI)	vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)			
II	Kombinationsleistung (§38 SGB XI)		Pflege in vollstationärer Einrichtung d. Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI)		
III	Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)				
Meine zuständige Pflegekasse ist die		AOK	DAK	Barmer GEK	KKH
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 Sehschwäche, Gehörlosigkeit oder als schwerstbehindertes Kind.	ja	nein

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 umseitige Bestätigung über Heimaufenthalt ausfüllen		

Hiermit wird bestätigt, dass bei		
Zu- und 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/Anschrift der Einrichtung		Art der Einrichtung
seit/ab	öffentlich-rechtlicher Kostenträger des Aufenthalts:	Die Kosten des Aufenthalts werden in vollem Umfang teilweise nicht vom Antragsteller selbst getragen. Die Pflegeversicherung trägt die Kosten als Leistung zur vollstationären Pflege
	Name/Anschrift des Kostenträgers	
Die Einrichtung wird regelmäßig jedes Wochenende für einen Aufenthalt im Hause verlassen?		
Ja	Nein, die Einrichtung wird	nie
		selten
		regelmäßig an _____ Tagen/Monat verlassen.
		Stempel/Unterschrift der Einrichtung

© Landratsamt Bautzen Feststellung Schwerbehinderteneigenschaft und Landesblindengeld, Änderungsantrag - 11/2013

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

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:			
Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname und frühere Namen		Geburtsdatum	
ist hier gemeldet	seit _____	mit dem	Hauptwohnsitz Nebenwohnsitz
Ein Zuzug erfolgte	seit _____	von _____	früherer Wohnort, Bundesland
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-Recht)

Beschäftigungsverhältnis in Sachsen	ja	nein
Beschäftigungsland/-ort: _____		
Arbeitgeber: _____ <small>(Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers vorlegen)</small>		
Entsandter (Beschäftigung für ein deutsches Unternehmen im Ausland)	ja	nein
Land/Ort der Entsendung: _____		
Arbeitgeber: _____ <small>(Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers vorlegen)</small>		
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 Sehschwäche, 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		
Kontonummer	bei (Geldinstitut)	Bankleitzahl
IBAN	BIC/SWIFT-Code	
Leistungen nach dem LBlindG können nicht auf Dritte übertragen, verpfändet oder gepfändet werden. Soweit die Leistungen auf ein Fremdkonto überwiesen werden sollen, ist der Grund für die Überweisung zugunsten des Fremdkontos anzugeben:		
Datum	Unterschrift	

© Landratsamt Bautzen Feststellung Schwerbehinderteneigenschaft und Landesblindengeld, Änderungsantrag - 11/2013