

**Landkreis Meißen, Landratsamt
Dezernat Soziales – Kreissozialamt
Sachgebiet SGB IX / LBlindG**

Postanschrift: Postfach 10 01 52, 01651 Meißen
Besucheranschrift: Loosestr. 17/19 Haus A, 01662
Meißen

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Änderungsantrag zur Feststellung der **Schwerbehinderten-** **eigenschaft** 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)** G B aG H RF BL GL TBL 1.Kl. (Erläuterungen Seite 2 unten)
 - Bei der Neufeststellung sollen alle im Rahmen der Sachverhaltsaufklärung bekannt werdenden weiteren Funktionseinschränkungen mit berücksichtigt werden.
 - Bei der Neufeststellung sollen nur die zusätzlich im Antrag aufgeführten weiteren Funktionseinschränkungen mit berücksichtigt werde.
- die Übernahme der Entscheidung der Berufsgenossenschaft bzw. einer anderen Behörde unter Verzicht auf die bisherigen Feststellungen.
- die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Parkerleichterungen für besondere Gruppen schwerbehinderter Menschen (nicht Merkzeichen aG, Bl).

- die Überprüfung / Neugewährung von Leistungen nach dem **Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG)** wegen
 - Blindheit
 - hochgradige Sehschwäche
 - Gehörlosigkeit
 - Schwerstbehinderung eines Kindes.

(Bitte 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	
		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Geburtsdatum			
Anschrift		Kreis	
Straße, Haus-Nr.			
Postleitzahl, Ort	<input type="checkbox"/> in Sachsen <input type="checkbox"/> in		Gemeinde – nur bei Abweichung vom Wohnort angeben
telefonisch erreichbar unter (_____) _____ (Angabe freiwillig)		derzeit erwerbstätig	
		<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, eine Berufsgenossenschaft, ein anderer Sozialversicherungsträger oder ein Gericht eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Schädigungsfolge (GdS)/ die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) getroffen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

<input type="checkbox"/> Nein	Höhe der festgestellten MdE/GdS (=GdB)	Bezeichnung der Verwaltungsbehörde, der Berufsgenossenschaft, des Sozialversicherungsträgers oder des Gerichts	Geschäftszeichen und Datum des Vorgangs oder der Entscheidung, ggf. Tag des Unfalls
<input type="checkbox"/> Ja, für nachfolgende Gesundheitsstörungen			

Bitte Kopie des Feststellungsbescheid oder -unterlagen beifügen.

Verschlimmerung von Gesundheitsstörungen

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

Neue gesundheitliche Funktionsbeeinträchtigungen

Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionsbeeinträchtigungen sind seit der letzten Feststellung neu aufgetreten?	Schlüsselzahl	Bitte zu jeder Funktionsbeeinträchtigung die jeweils zutreffende Schlüsselzahl eintragen:
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1= angeborene Funktionsbeeinträchtigung
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2= Arbeits- oder Dienstanfall (einschl. Wegeunfall); Berufskrankheit
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4= Verkehrsunfall soweit nicht Arbeits- oder Dienstanfall (2)
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5= häuslicher Unfall, soweit nicht Arbeits- oder Dienstanfall (2)
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6= sonstiger Unfall
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7= Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung, Impf-, Haft-, Gewalttat- oder Verfolgungsschaden
		9= krankheitsbedingte Funktionsbeeinträchtigung
		10= sonstige Ursache

Folgende **Merkzeichen** werden beantragt:

- 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**)
- hilflos (**H**) → Pflegegrad liegt vor.
- wesentlich sehbehindert (**RF**)
- wesentlich schwerhörig (**RF**)
- ständig** gehindert, an öffentlichen Veranstaltungen jeder Art teilzunehmen (**RF**) → **ständig** bettlägerig
- gehörlos (**GL**)
- blind (**BL**)
- Taubblind (**TBL**)
- bei Reisen mit der Deutschen Bahn AG wegen Schädigungsfolgen i.S. des Bundesversorgungsgesetzes / Bundesentschädigungsgesetzes auf die Unterbringung in der 1. Wagenklasse angewiesen (**1.Kl.**)

Angaben über ärztliche Behandlungen wegen den geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

Fachärztliche Behandlung wegen den Funktionsbeeinträchtigungen seit der letzten Feststellung		
Behandlung von - bis	Name und Anschrift des behandelnden Arztes	wegen welcher Gesundheitsstörung

Krankenhausbehandlung seit der letzten Feststellung, maximal in den letzten 2 Jahren		
Behandlung von - bis	Name und Anschrift des Krankenhauses	wegen welcher Gesundheitsstörung

Anschlussheil- oder Reha-Behandlung seit der letzten Feststellung, maximal in den letzten 2 Jahren			
Behandlung von - bis	Name und Anschrift der Reha-Einrichtung	Kostenträger	wegen welcher Gesundheitsstörung

Erhalten Sie eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung oder haben Sie eine solche Leistung beantragt?	
<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente wurde beantragt am: <input type="checkbox"/> Ich erhalte eine Rente wegen Erwerbsminderung seit:
Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers	Geschäftszeichen

Erhalten Sie Pflegeleistungen von Ihrer Krankenkasse/Pflegekasse oder haben Sie eine solche Leistung beantragt?	
<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Pflegeleistungen wurden beantragt am: <input type="checkbox"/> Ich erhalte Pflegeleistungen seit: nach dem Pflegegrad
Name und Anschrift der Krankenkasse-Pflegekasse	Geschäftszeichen

Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z.B. Arbeitsamt, Jobcenter, Gesundheitsamt) befinden sich weitere die Funktionsbeeinträchtigung betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.?	
Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen

Hinweise zur Ausweisausgabe

Bei Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft erhalten Sie mit dem Feststellungsbescheid ein gesondertes Schreiben, mit dem Sie zur Einsendung eines Lichtbildes aufgefordert werden. Die Ausweise werden nach Eingang des Lichtbildes von der ausstellenden Behörde nach Aufbringen des Lichtbildes versandt. Aufgrund des zentralen Drucks der Schwerbehindertenausweise, kann der Schwerbehindertenausweis, auch bei persönlicher Abgabe des Lichtbildes, nicht sofort ausgehändigt werden.

Von der Einsendung eines Lichtbildes mit dem Antrag bitten wir abzusehen, da wir das Lichtbild aufgrund begrenzter Kapazitäten Ihnen wieder zurücksenden müssten.

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.

Bitte senden Sie auch Kopien der sich in Ihren Händen befindlichen medizinischen Unterlagen mit ein. Dabei sollen ärztliche Befundunterlagen nicht älter als 2 Jahre sein und im Zusammenhang mit den von Ihnen geltend gemachten Beeinträchtigungen stehen.

Als Unterlagen sind beigefügt:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vollmacht | <input type="checkbox"/> Anlage BL (nur erforderlich bei Landesblindengeldantrag) |
| <input type="checkbox"/> Betreuerausweis/Betreuungsurkunde | <input type="checkbox"/> Kopie Personalausweis (nur erforderlich bei Landesblindengeldantrag) |
| <input type="checkbox"/> Ärztliche Unterlagen | |
| <input type="checkbox"/> Kopie Reisepass (bei ausländischen Staatsbürgern) | |
| <input type="checkbox"/> | |

Datum

Unterschrift des Antragstellers oder

gesetzlichen Vertreters (Eltern Betreuer Pfleger) Bevollmächtigten

Name, Vorname:

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**.

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, 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, Psychologen und Psychotherapeuten, die mich behandelt haben sowie Gutachtern und Einrichtungen Auskünfte einholt und Unterlagen zur Einsicht beizieht**. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachter und Einrichtungen von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachtern und Einrichtungen erhalten haben.

Folgende Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten 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, Gutachter, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Sozialleistungsträger sowie Gerichte von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren nach dem SGB IX und dem LBlindG zu.

Untersuchungen und Begutachtungen die während des laufenden Feststellungsverfahrens nach dem SGB IX und dem Verfahren nach dem LBlindG stattgefunden haben, werde ich der für meinen Wohnort zuständigen Behörde 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 Antragsteller/in

_____ Unterschrift gesetzliche(r)/bevollmächtigter Vertreter/in

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

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

<input type="checkbox"/> Ich erhalte folgende Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) bzw. habe derartige Leistungen beantragt ::					
Pflegegrad	Leistungsart				
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> häusliche/ambulante Pflege (§ 36 SGB XI)	<input type="checkbox"/> stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)			
<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> Pflegegeld (§ 37 SGB XI)	<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)			
<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI)	<input type="checkbox"/> Pflege in vollstationärer Einrichtung d. Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI)			
<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Meine zuständige Pflegekasse ist die	<input type="checkbox"/> AOK	<input type="checkbox"/> DAK	<input type="checkbox"/> Barmer GEK	<input type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> 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.	<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 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 o.ä.) oder ist eine solche Unterbringung beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls eine Heimunterbringung vorliegt, bitte umseitige Bestätigung ausfüllen lassen		

Anlage BI

Hiermit wird bestätigt, dass bei		
Zu- und Vorname,		Geburtsdatum
eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altenheim, 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 <input type="checkbox"/> in vollem Umfang <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nicht vom Antragsteller selbst getragen.
	Name/Anschrift des Kostenträgers	<input type="checkbox"/> Die Pflegeversicherung trägt die Kosten als Leistung zur vollstationären Pflege
Die Einrichtung wird <u>regelmäßig</u> jedes 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/Monat verlassen.		
		Stempel/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 <input type="checkbox"/> Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> Nebenwohnsitz.	
Ein Zuzug erfolgte	am	von	früherer Wohnort, Bundesland/Land
Datum	Unterschrift/Stempel der Meldebehörde		

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	<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		
IBAN	BIC/SWIFT-Code	
bei (Geldinstitut)		
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