

**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

# Antrag auf Feststellung der **Schwerbehinder- teneigenschaft** und Gewährung von Leistungen nach dem **Landesblindengeldgesetz (Erstantrag)**

Zutreffendes ankreuzen  oder  
ausfüllen

**Ich beantrage**

die Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung (GdB) und die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises nach **§ 152 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)**. Der Feststellungsantrag

erstreckt sich auf alle vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen,  
 beschränkt sich auf die in diesem Antrag aufgeführten Funktionsbeeinträchtigungen (Beschränkung).

die Feststellung folgender gesundheitlicher Merkmale (**Merkzeichen**), die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen nach dem SGB IX oder nach anderen Vorschriften sind.  G  B  aG  H  RF  BL  GL  TBL  1.Kl. (Erläuterungen Seite 2 unten)

Die Feststellung soll erfolgen  ab Antragseingang  rückwirkend ab

Gründe für die rückwirkende Feststellung sind:

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

die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Parkerleichterungen für besondere Gruppen schwerbehinderter Menschen (nicht Merkzeichen aG, Bl).

nur die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises, weil eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung schon in einem Rentenbescheid oder einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung getroffen wurde.

die Gewährung von Leistungen nach dem **Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG)** wegen

Blindheit  hochgradiger Sehschwäche  Gehörlosigkeit  Schwerstbehinderung des 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	Geburtsort	Kreis, Land	
<b>Anschrift</b>			
Straße, Haus-Nr.		Kreis	
Postleitzahl, Ort		Gemeinde – nur bei Abweichung vom Wohnort angeben	
		<input type="checkbox"/> in Sachsen <input type="checkbox"/> in .....	
telefonisch erreichbar unter (_____) _____ (Angabe freiwillig)		derzeit erwerbstätig	
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**Staatsangehörigkeit**

**Ausländer** bitte eine amtliche Bescheinigung über den Aufenthaltstitel beifügen oder beiliegende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen und unterzeichnen lassen.

**Grenzarbeiter** - ausländischer Arbeitnehmer - bitte Arbeitsbescheinigung des derzeitigen Arbeitgebers und Bescheinigung über die Arbeiterlaubnis des zuständigen Arbeitsamtes - soweit erforderlich - oder Ausweis über den kleinen Grenzverkehr beifügen.

Ich bin selbst **freizügigkeitsberechtigter Unionsbürger** (§ 2 FreizügG):  ja  nein

Ich bin Unionsbürger und Familienangehöriger eines **freizügigkeitsberechtigten Unionsbürgers**:  ja  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 ein/das Versorgungsamt oder eine andere Verwaltungsbehörde, eine Berufsgenossenschaft, ein anderer Sozialversicherungsträger oder ein Gericht bereits einmal eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE/ den Grad der Schädigungsfolgen(GdS) getroffen oder besitzen Sie eine vorläufige Bescheinigung von einer dieser Stellen oder läuft ein entsprechendes Verfahren?

- Nein  
 Ja, für nachfolgende Gesundheitsstörungen

Höhe des 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

Bitte Kopie des Feststellungsbescheid oder -unterlagen beifügen.

### Angaben über gesundheitliche Funktionsbeeinträchtigungen

Welche nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionsbeeinträchtigungen werden von Ihnen geltend gemacht?

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

### Merkzeichen

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.KI.**)

**Angaben über ärztliche Behandlungen wegen den geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen**

**Name und Anschrift Ihres Hausarztes**

--

**Ambulante fachärztliche Behandlung in den letzten 2 Jahren wegen den geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen**

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

**Krankenhausbehandlung in den letzten 2 Jahren wegen den geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen**

Behandlung von - bis	Name, Anschrift und Fachabteilung des Krankenhauses	wegen folgender Gesundheitsstörungen

**Anschlussheil- oder Reha-Behandlung in den letzten 2 Jahren wegen den geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen**

Behandlung von - bis	Name und Anschrift der Reha-Einrichtung	Kostenträger	wegen folgender Gesundheitsstörungen

**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 usw.) befinden sich weitere die Funktionsbeeinträchtigung betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbeurteilungen, 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 (einschließlich Anlage BI)

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 beigelegt:

Vollmacht

Anlage BL (nur erforderlich bei Landesblindengeldantrag)

Betreuerausweis/Betreuungsurkunde

Kopie Personalausweis (nur erforderlich bei Landesblindengeldantrag)

Ärztliche Unterlagen

Kopie Reisepass (bei ausländischen Staatsbürgern)

.....

\_\_\_\_\_  
**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 Sozialleistungsträger - 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 sowie Einrichtungen und Gerichten 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, Psychotherapeuten, 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.

**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:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis  | <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis                                      |
| <input type="checkbox"/> Schengen-Visums  | <input type="checkbox"/> zum Zweck der Ausbildung                                  |
| <input type="checkbox"/> nationalen Visums  | <input type="checkbox"/> zum Zweck der Erwerbstätigkeit (§§ 7, 16, 17 AufenthG)    |
| (Aufenthaltszweck: _____)   | <input type="checkbox"/> aus völkerrechtlichen Gründen (§ 7, 22, 23, 23a AufenthG) |
| <input type="checkbox"/> Duldung (§ 60a AufenthG)   | <input type="checkbox"/> zum vorübergehenden Schutz (§ 7, 24 AufenthG)             |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltskarte für Familienangehörige, die nicht EU-Bürger sind (§ 5 Abs. 1 S. 1 Freizüg/EU) | <input type="checkbox"/> aus humanitären Gründen (§§ 7, 25 Abs. 1,2,3,5 AufenthG)  |
| <input type="checkbox"/> Bescheinigung über das Daueraufenthaltsrecht (Unionsbürger und dessen Familienangehörige)      | <input type="checkbox"/> für vorübergehenden Aufenthalt (§§ 7, 25 Abs. 4 AufenthG) |
| <input type="checkbox"/> Daueraufenthaltskarte für Familienangehörige mit Drittstaatsangehörigkeit (des Unionsbürgers)  | <input type="checkbox"/> aus familiären Gründen (§§ 7, 27 ff AufenthG)             |
|   | <input type="checkbox"/> aufgrund eines Rechtes auf Wiederkehr (§§ 7, 37 AufenthG) |
|   | <input type="checkbox"/> für ehemalige Deutsche (§§ 7, 38 AufenthG)                |
|   | <input type="checkbox"/> Erlaubnis zum Daueraufenthalt EU (§ 9a AufenthG)          |

Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylG)

Das Asylverfahren wurde beantragt am: ..... und ist  abgeschlossen  noch nicht abgeschlossen.

Eine Ausweisung oder Abschiebung ist

geplant ab \_\_\_\_\_

derzeit nicht absehbar und deshalb völlig zukunfts offen wegen:

eines allein oder überwiegend in der Person des Asylbewerbers liegenden Grundes.

eines objektiven, nicht in der Person des Asylbewerbers liegenden Grundes.

sonstiges: \_\_\_\_\_

Aufenthaltstitel bzw. anderer Nachweis gültig bis: \_\_\_\_\_

Erwerbstätigkeit ist erlaubt:  ja  nein

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift, Stempel

## 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 UntAbschlG 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:  ..... Name/Anschrift des Kostenträgers	Die <b>Kosten des Aufenthalts</b> werden <input type="checkbox"/> in vollem Umfang <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nicht <b>vom Antragsteller selbst</b> getragen.  <input type="checkbox"/> Die <b>Pflegeversicherung</b> trägt die Kosten als Leistung zur vollstationären Pflege
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/Monat verlassen.		
:		Stempel/Unterschrift der Einrichtung

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

<b>Bescheinigung der Meldebehörde in Sachsen</b>		Diese Bescheinigung wird Ihnen von den Meldebehörden gem. § 64 SGB X kostenfrei ausgestellt.
<b>Die Richtigkeit der nachstehenden Angaben wird durch die Meldebehörde bestätigt:</b>		
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	



## 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 Kriegsopfersversorgung, Gewaltopfersversorgung 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)
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	