

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Änderungsantrag zur Feststellung der **Schwerbehinderteneigen- 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 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 hochgradiger Sehschwäche Gehörlosigkeit Schwerstbehinderung des Kindes

(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	
		weiblich	männlich
Geburtsdatum			
Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt - wenn abweichend vom Hauptwohnsitz -			
Straße, Haus-Nr.		Kreis	
Postleitzahl, Ort	in Sachsen in	Gemeinde - nur bei Abweichung vom Wohnort angeben	
telefonisch erreichbar unter _____ (Angabe freiwillig)		derzeit erwerbstätig	
		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 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?

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

Merkzeichen

Infolge meiner Gesundheitsstörungen bin ich meiner Meinung nach

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 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.Kl.**)

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 (Angabe 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 beigefügt:

Vollmacht

Anlage BL

Bestellungsurkunde

Kopie Personalausweis (nur erforderlich bei Landesblindengeldantrag)

Ärztliche Unterlagen

.....

Datum

Unterschrift des Antragstellers oder
gesetzlichen Vertreters (Eltern Betreuer Pfleger) 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.

Einwilligungserklärung

Name, Vorname:

Zur Durchführung des Feststellungsverfahrens 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 meinen behandelnden Ärzten, Psychologen, Gutachtern, Einrichtungen und Gerichten Auskünfte einholt und Unterlagen zur Einsicht beizieht**. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte, Psychologen, Gutachter, Einrichtungen und Gerichte von anderen Ärzten, Psychologen, Gutachtern, Einrichtungen und Gerichten 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 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.

_____ Datum

_____ Unterschrift

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

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	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 Sehschwäche, Gehörlosigkeit oder als schwerstbehindertem 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, Rehabilitationseinrichtung o.ä.) vor oder ist eine solche Unterbringung beabsichtigt?	Ja	Nein
Falls eine Heimunterbringung vorliegt, bitte umseitige Bestätigung ausfüllen lassen.		

Anlage BL

Hiermit wird bestätigt, dass bei		
Zu- und Vorname		Geburtsdatum
eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, 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 Kosten des Aufenthalts werden in vollem Umfang teilweise nicht vom Antragsteller selbst getragen. Die Pflegeversicherung trägt die Kosten als Leistung zur vollstationären Pflege.
Die Einrichtung wird <u>regelmäßig jedes</u> Wochenende für einen Aufenthalt zu Hause verlassen ?		
Nein, die Einrichtung wird nie selten <u>regelmäßig</u> an Tagen/Monat verlassen. Ja		
		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 dem	Hauptwohnsitz Nebenwohnsitz.
Ein Zuzug erfolgte	am	von	früherer Wohnort, Bundesland/Land
Datum	Unterschrift/Stempel der Meldebehörde		

Anlage BL

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 Kriegsoferversorgung, Gewaltopfersversorgung oder andere vergleichbare Leistungen	Ja	Nein
Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder vergleichbare Leistungen	Ja	Nein
Leistungen des Beschäftigungslandes 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 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:

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