

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

Absender

Landratsamt Zwickau  
Sozialamt  
Werdauer Straße 62  
**08056 Zwickau**

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

**- Änderungsantrag -**

Ansprechpartner

Vorname Nachname

Anschrift

PLZ Ort Land

Straße Hausnummer

Telefonnummer EMail

Faxnummer

Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft  
Stand Oktober 2020

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

<h1>Änderungsantrag</h1>	Eingangsstempel
	Az:

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

Hinweis: Die Datenerhebung erfolgt gemäß SächsDSG i.V.m. Zweites Kapitel Sozialgesetzbuch X - Sozialdatenschutz.

Ich beantrage

- die Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB)
- die Eintragung des/der Merkzeichen(s)

<b>G</b>	<b>B</b>	<b>aG</b>	<b>H</b>	<b>RF</b>	<b>BI</b>	<b>GI</b>	<b>TBI</b>
(erheblich gehbehindert)	(Begleitperson bei Benutzung öffentl. Verkehrsmittel erforderlich)	(außergewöhnlich gehbehindert z. B. bei Rollstuhlbenutzung)	(hilflo)	(erheblich hör- oder sehbehindert oder dauerndes Gebundensein an die Wohnung)	(blind)	(gehörlos)	(taubblind)

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

wegen Blindheit    hochgradiger Sehschwäche    Gehörlosigkeit    Schwerstbehinderung des Kindes

(dann 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. Sie können selbst zur Verfahrensbeschleunigung beitragen, wenn Sie vorhandene aktuelle Arztbriefe und Untersuchungsunterlagen wie z.B. Facharzt- und Untersuchungsberichte beifügen.**

Soweit in einzelnen Abschnitten der Platz für die Eintragungen nicht ausreicht, bitte die Angaben auf einem gesonderten Blatt machen.

<b>Angaben zur Person</b>	
Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Geburtsdatum
Geschlecht weiblich    divers männlich	Geburtsort    Kreis, Land
<b>Wohnsitz</b>	
Postleitzahl, Wohnort	Straße, Hausnummer
freiwillige Angaben: Telefonnummer; E-Mail	derzeit erwerbstätig Ja    Nein

Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft  
Stand Oktober 2020

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

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 des Vormunds o. Betreuers

Anschrift des Vormunds o. Betreuers

**Nur Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises auf Grund anderweitiger Feststellungen**

Hat ein/das Versorgungsamt oder eine andere Verwaltungsbehörde, ein 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 festgest. MdE/ 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 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 nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen werden von Ihnen geltend gemacht?

Schlüsselzahl


Bitte zu jeder Gesundheitsstörung die jeweils zutreffende Schlüsselzahl eintragen: **6** = sonstiger Unfall, **7** = Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung; Impf-, Haft-, Gewalttat-, Verfolgungsschaden **9** = krankheitsbedingte Funktionsbeeinträchtigung, **10** = sonstige Ursache.  
**1** = angeborene Funktionsbeeinträchtigung,  
**2** = Arbeits- oder Dienstunfall (einschl. Wegeunfall); Berufskrankheit,  
**4** = Verkehrsunfall soweit nicht Arbeits- oder Dienstunfall (2),  
**5** = häuslicher Unfall soweit nicht Arbeits- oder Dienstunfall (2),

# Angaben über ärztliche Behandlungen wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

Zutreffendes bitte ankreuzen!  bzw. ausfüllen!

## Ärztliche Behandlung wegen der Funktionsbeeinträchtigung in den letzten 2 Jahren

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

## Krankenhausbehandlung in den letzten 2 Jahren

Behandlung von - bis	statio- när	Name und Anschrift des Krankenhauses	wegen folgender Gesundheitsstörungen

## Kurbehandlung in den letzten 2 Jahren

von - bis	Name und Anschrift der Kuranstalt	wegen welcher 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

Zugehörigkeit zur Pflegekasse (Angabe nur erforderlich, wenn dort ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wurde)

Name und Anschrift der Pflegekasse	Mitgliedsnummer

### Hinweis zur Ausweisausgabe

Soweit Ihnen ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt werden kann, werden Sie mit der Entscheidung über Ihren Antrag zur Übersendung/ Abgabe eines Passbildes aufgefordert.

Der Ausweis wird in einem Rechenzentrum gedruckt und direkt versandt. Eine sofortige Ausweisausstellung in der Behörde ist nicht mehr möglich.

### Allgemeine Hinweise (einschließlich Anlage BL)

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.

Das Informationsblatt zum Datenschutz finden Sie in der Anlage zu diesem Antrag oder Sie können diese auch über unsere Internseite unter diesem [Link](#) einsehen.

### Die erhobenen Daten werden elektronisch gespeichert.

Als Unterlagen sind beigefügt:

Vollmacht  
Bestellungsurkunde  
Amtliche Bescheinigung über den Aufenthaltstitel (bei ausländischen Antragstellern)

**Anlage BL**  
Ärztliche Unterlagen

Datum \_\_\_\_\_



**Unterschrift des Antragstellers**

gesetzlicher Vertreter    Eltern    Betreuer    Pfleger  
Bevollmächtigter

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

24/01/0

### Einwilligungserklärung

Zur Durchführung der Feststellung der Behinderteneigenschaft nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) und der Entscheidung nach dem Landesblindengeldgesetz (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 Antrag nach dem SGB IX / LBGeldG nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden. Deshalb benötigen wir von Ihnen nachfolgende Einwilligungserklärung.

**Die Einwilligungserklärung gilt auf Dauer, kann aber jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.**

Ich bin damit **einverstanden**, dass die für das Feststellungsverfahren nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) und dem Sächsischen Landesblindengeldgesetz (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 bezieht, elektronisch verarbeitet und speichert**, die sie für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt.

Weiter bin ich **einverstanden**, dass **von meinen behandelnden Ärzten, Psychologen, Gutachtern und Einrichtungen Auskünfte eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen, elektronisch verarbeitet und gespeichert werden**. Das schließt auch die Unterlagen ein, die diese Ärzte, Psychologen, Gutachter und Einrichtungen von anderen Ärzten, Psychologen, Gutachtern 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, Gutachter und Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und erlaube die Erteilung von Auskünften und die Herausgabe von Unterlagen an die Verwaltungsbehörde.**

Untersuchungen und Begutachtungen, die während des laufenden Feststellungsverfahrens stattgefunden haben, werde ich umgehend dem Sozialamt mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über meine ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

\_\_\_\_\_  
Datum

 \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

**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 Landesblindengeldgesetz (LBlindG)

Die folgenden Punkte nur ausfüllen, wenn Leistungen nach dem LBlindG 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	Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI)	Pflege in vollstationärer Einrichtung d. Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI)
4	Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	besondere Wohnform (§ 42a Abs. 2, Satz 1, Nr. 2 SGB XII)
5		

Meine zuständige Pflegekasse ist die  AOK  DAK  Barmer GEK  IKK \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

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:

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	Stelle, Aktenzeichen	<input type="checkbox"/> Nein
2. Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII)	<input type="checkbox"/> Ja	Stelle, Aktenzeichen	<input type="checkbox"/> Nein
3. Leistungen anderer Bundesländer nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit oder als schwerstbehindertes Kind.	<input type="checkbox"/> Ja	Stelle, Aktenzeichen	<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, besondere Wohnform o.ä.) vor oder ist eine solche Unterbringung beabsichtigt?  Ja  Nein

**Falls eine Heimunterbringung vorliegt, bitte nachfolgende Bestätigung ausfüllen lassen.**

# Anlage BL

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

Hiermit wird bestätigt, dass bei

Zu- und Vorname	Geburtsdatum
-----------------	--------------

eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altenheim, Rehabilitationseinrichtung, besondere Wohnform o.ä.) vorliegt oder eine solche Unterbringung beabsichtigt ist.

Name und Anschrift der Einrichtung		Art der Einrichtung
Seit/ab:	öffentlich-rechtlicher Kostenträger des Aufenthalts:  Name/Anschrift des Kostenträgers	Die Kosten des Aufenthalts werden  in vollen Umfang teilweise nicht <b>vom Antragsteller selbst getragen.</b>  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.

Es erfolgen regelmäßige Heimfahrten in den Ferien  
Bitte Zeiträume angeben:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift der Einrichtung

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

**Bescheinigung der Meldebehörde** 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	Geburtsdatum
ist hier gemeldet seit: _____ mit dem      Hauptwohnsitz      Nebenwohnsitz.	
Ein Zuzug erfolgte am: _____ von _____ <span style="display: block; text-align: right; margin-right: 50px;">früherer Wohnort, Bundesland, Land</span>	

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel der Meldebehörde



Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

## 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 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: (Bevolligungsbescheid beifügen)		
Leistungen der Kriegsopferversorgung, Gewaltopferversorgung oder anderer vergleichbarer Leistungen	Ja	Nein
Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder vergleichbare Leistungen	Ja	Nein
Leistungen des Beschäftigungslandes nach den dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit oder vergleichbarer Leistungen	Ja	Nein

### 5. Hinweis zum Übergang von Schadensersatzansprüchen

Nach § 8 Abs. 1 Satz 1 LBlindG in Verbindung mit § 116 SGB X gehen gesetzliche **Schadensersatzansprüche, 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 Schadensersatzansprüche gegen den Schadensverursacher insoweit nicht mehr verfügen, insbesondere **keinen Vergleich schließen oder Zahlungen entgegennehmen**, sofern hierdurch die auf die Verwaltung übergegangenen Schadensersatzansprüche berührt werden. Ein Verstoß dagegen kann eine Schadensersatzpflicht 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 das Sozialamt 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 _____		
Geldinstitut _____	BIC _____	
IBAN _____		

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 des Kontoinhabers