

Landratsamt Vogtlandkreis Außenstelle Auerbach Amt 410 – SG III Friedrich-Naumann-Str. 3 08209 Auerbach	Aktenzeichen	Eingangsstempel
	Zutreffendes ankreuzen ☒ und in <u>Blockschrift</u> ausfüllen	

☐ Erstantrag

☐ Änderungsantrag zum o.g. Aktenzeichen

Antrag auf

☐ Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung (GdB), gesundheitlicher Merkmale/ Merkzeichen und die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises nach § 69 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Dieser Antrag

☐ erstreckt sich auf alle Gesundheitsstörungen, die durch ärztliche Unterlagen nachgewiesen werden.

☐ beschränkt sich auf die in diesem Antrag aufgeführten Erkrankungen (Beschränkung).

☐ die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Parkerleichterung für besondere Gruppen schwerbehinderten Menschen.

☐ Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises, weil eine Feststellung über das Vorliegen des Grades der Behinderung (GdB), Grad der Schädigung (GdS) oder die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schon von einer anderen Verwaltungsbehörde, einem Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft) bzw. durch ein Gericht festgestellt wurde.

Höhe des/der festgestellten GdB/GdS/MdE	Feststellende Behörde	Geschäftszeichen und Datum der Feststellung

☐ Gewährung von Leistungen nach dem Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG) wegen

☐ Blindheit

☐ hochgradiger Sehschwäche

☐ Gehörlosigkeit

☐ Schwerstbehinderung des Kindes

(Bei der Beantragung von Landesblindengeld bitte zusätzlich Anlage BL vollständig 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, zu unterschreiben und uns die erbetenen Nachweise in Kopie zu überlassen.

Wir bitten Sie, uns auch ggf. vorliegende Befunde, Entlassungsberichte und andere medizinische Dokumentationen in Kopie zur Verfügung zu stellen.

Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Geburtsdatum	derzeit erwerbstätig ☐ ja ☐ nein
Straße, Hausnummer	Staatsangehörigkeit (Ausländische Staatsbürger bitte Bescheinigung der Ausländerbehörde beifügen.)	
Postleitzahl, Ort, Ortsteil	Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich	
Telefon	e-Mail-Adresse	

Name des gesetzlichen/bevollmächtigten Vertreters (sofern vorhanden)	Als Anlage füge ich bei: ☐ Betreuungsurkunde ☐ Vollmacht
Anschrift	Telefon

Welche nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen werden von Ihnen geltend gemacht bzw. haben sich seit der letzten Feststellung wesentlich verschlimmert?	Schlüsselzahl

Bitte zu jeder Gesundheitsstörung die jeweils zutreffende Schlüsselzahl eintragen:
1 = angeborene Behinderung
2 = Arbeits- oder Dienstunfall (einschließlich Wegeunfall), Berufskrankheit
3 = Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeits- oder Dienstunfall nach Nummer 2
4 = häuslicher Unfall, soweit nicht Arbeits- oder Dienstunfall nach Nummer 2
5 = sonstiger Unfall
6 = Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstschädigung, Impf-, Haft- Gewalttat- oder Verfolgungsschaden
7 = krankheitsbedingte Funktionsbeeinträchtigung
8 = sonstiges Ursache

Infolge meiner Gesundheitsstörungen bin ich meiner Meinung nach (Merkzeichen)

☐ Blind. (BL)
☐ gehörlos. (GL)
☐ hilflos. (H)

☐ Pflegestufe liegt vor.
☐ Pflegestufe wurde beantragt.

Name der Pflegekasse:	
Anschrift:	
Mitgliedsnummer:	
Datum der Untersuchung:	

☐ erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr. (G)
☐ außergewöhnlich gehbehindert, weil ich mich nur mit fremder Hilfe oder mit größer Anstrengung außerhalb meines Fahrzeuges bewegen kann. (aG)

☐ auf die Benutzung des Rollstuhles angewiesen
☐ auf ständige Begleitung bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln angewiesen. (B)
☐ wesentlich sehbehindert. (RF)
☐ wesentlich schwerhörig. (RF)
☐ wegen meiner Behinderung ständig gehindert, an öffentlichen Veranstaltungen jeder Art teilzunehmen. (RF)

☐ ständig bettlägerig
☐ bei Reisen mit der deutschen Bahn AG wegen Schädigungsfolgen i.S. des Bundesversorgungs-/Bundesentschädigungsgesetzes auf die Unterbringung in der 1. Wagenklasse angewiesen. (1.KI)

Datum der Behandlung/ Behandlungszeitraum	Name und Anschrift des Hausarztes	behandelte Gesundheitsstörung

Datum der Behandlung/ Behandlungszeitraum	Name und Anschrift der behandelnden Fachärzte (z.B. Facharzt für Orthopädie, HNO-Arzt, Augenarzt...)	behandelte Gesundheitsstörung

Datum der Behandlung/ Behandlungszeitraum (der letzten 2 Jahre)	Name und Anschrift der Krankenhauses	behandelte Gesundheitsstörung

Datum der Behandlung/ Behandlungszeitraum (der letzten 2 Jahre)	Name und Anschrift der Kureinrichtung Kostenträger der Behandlung (z.B. Deutsche Rentenversicherung)	behandelte Gesundheitsstörung

Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen befinden sich weitere Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten und Untersuchungsbefunde?

Datum der Untersuchung	Name und Anschrift der untersuchende Stelle (z.B. Gesundheitsamt, Rententräger, Agentur für Arbeit)	Geschäftszeichen

Wichtige Hinweise zur Antragstellung

Die erhobenen Daten werden elektronisch gespeichert. Ich versichere, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben in diesem Antrag und den dazugehörigen Anlagen 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
- die Beantragung bzw. der Bezug von gleichartigen Leistungen im Sinne des LBlindG
- die Beantragung bzw. der Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung

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.

Übergang von Schadenersatzansprüchen (Landesblindengeld)

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. 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 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.

Als Unterlagen zum Antragsformular sind beigelegt:

☐ Anlage BL (nur erforderlich bei der Beantragung von Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz)

☐ Vollmacht

☐ Betreuungsurkunde/Betreuerausweis

☐ Anlage Bescheinigung Ausländerbehörde (nur erforderlich für ausländische Staatsbürger und Grenzarbeitnehmer)

☐ ärztliche Unterlagen

☐ folgende noch nicht angeführte Unterlagen:

Datum

X

Unterschrift Antragsteller(in) oder

☐ gesetzlicher Vertreter(in)

☐ Eltern

☐ Betreuer(in)

☐ Pfleger(in)

☐ bevollmächtigten Vertreters

Bitte vergessen Sie nicht die beiliegende Einwilligungserklärung zu unterschreiben, diese wird zur Anforderung der medizinischen Unterlagen zwingend benötigt.

Einwilligungserklärung

Zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach 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 bezieht, 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 bezieht. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte, Psychologen, Gutachtern, Einrichtungen und Gerichten 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.

X

Datum

Unterschrift Antragsteller(in)

Unterschrift gesetzlicher Vertreter(in)

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