

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Absender:
 Name:
 Straße:
 PLZ / Ort:

Landratsamt Bautzen
 Sozialamt
 Bahnhofstraße 9
 02625 Bautzen

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

gemäß § 69 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch
 (SGB IX) und LBlindG

Aktenzeichen

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 mitberücksichtigt werden.

die Übernahme der Entscheidung d. Berufsgenossenschaft bzw. einer anderen Behörde unter Verzicht auf bisherige 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)**
 wegen
 Blindheit hochgradige Sehschwäche Gehörlosigkeit Schwerbehinderung 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

Nachname	Vorname	ggf. Geburtsname	Geschlecht
			weiblich männlich
Geburtsdatum	Geburtsort		Kreis, Land

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt

Straße		Hausnummer	Kreis
PLZ	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 angeben und Betreuungsurkunde vorlegen. Bevollmächtigte Personen bitte ebenfalls hier eintragen und die entsprechende Vollmacht beifügen.

Name		Vorname	
Straße	Hausnummer	PLZ	Wohnort

© Landratsamt Bautzen Feststellung Schwerbehinderteneigenschaft und Landesblindengeld, Änderungsantrag - 10/2012

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 Erwerbstätigkeit/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, des Sozialversicherungsträgers oder des Gerichts	Geschäftszeichen und Datum des Vorganges 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 körperliche 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- o. 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-, Verfolgungsschaden
		9= krankheitsbedingte Funktionsbeeinträchtigung
		10= sonstige Ursache

Merkzeichen

Infolge meiner Gesundheitsstörungen bin ich meiner Meinung nach

- blind **(BL)**
- gehörlos **(GL)**
- hilfflos **(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 Rollstuhls 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 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			
Behandlung von - bis	stationär	Name und Anschrift des Krankenhauses	wegen welcher Gesundheitsstörung
Kurbehandlungen seit der letzten Feststellung			
von - bis	Name und Anschrift der Kuranstalt	Kostenträger	wegen welcher Gesundheitsstörung
Welcher Arzt erhielt den Krankenhaus- bzw. Kurabschlussbericht? <input style="width: 300px;" type="text"/>			
Seine Anschrift lautet: <input style="width: 600px;" type="text"/>			
Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z.B. Gesundheitsamt) befinden sich weitere die Funktionsbeeinträchtigung betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.?			
Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen		
Bitte senden Sie auch eventuelle in Ihren Händen befindliche Unterlagen ein.			
Zugehörigkeit zur Krankenkasse			
Name und Anschrift der Krankenkasse	Mitgliedsnummer		

Ausweisausgabe

Wenn Sie am Sitz des Landratsamtes Bautzen wohnen, erhalten Sie den Ausweis direkt vom Landratsamt, sonst von der Gemeinde oder Stadtverwaltung Ihres Wohnsitzes. Falls gewünscht, können Sie auch im letzteren Falle die Aushändigung durch das Landratsamt beantragen. (Reisekosten werden Ihnen nicht erstattet).

Ich **beantrage die Ausweisausgabe**

durch die Gemeinde- oder Stadtverwaltung	durch das Landratsamt Bautzen - Sitz Bautzen 02625 Bautzen, Taucherstraße 23
	durch das Landratsamt Bautzen - Sitz Kamenz-, Bürgerbüro 01917 Kamenz, Macherstraße 55

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

Als Unterlagen sind beigefügt: **Die erhobenen Daten werden elektronisch gespeichert.**

Vollmacht

Anlage BL

Bestellungsurkunde

Ärztliche Unterlagen

Kopie Personalausweis

Datum

Unterschrift des Antragstellers oder

gesetzlicher Vertreter (Eltern Betreuer Pfleger) Bevollmächtigten

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 Beziehung 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 Einrichtung - von Ärzten, die mich behandelt haben, Psychologen Gutachtern und Einrichtungen Auskünfte einholt und Unterlagen zur Einsicht bezieht. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten 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 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.

Zutreffendes bitte ankreuzen! bzw. ausfüllen!

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	KKH
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 schwerstbehindertes 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, Altenheim, Rehabilitationseinrichtung o.ä.) vor oder ist eine solche Unterbringung beabsichtigt?	ja	nein
Falls eine Heimunterbringung vorliegt, bitte beiliegende Bestätigung über Heimaufenthalt ausfüllen		

Hiermit wird bestätigt, dass bei		
Zu- und Vorname,		Geburtsdatum
eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altersheim, 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 in vollem Umfang teilweise nicht vom Antragsteller selbst getragen. Die Pflegeversicherung trägt die Kosten als Leistung zur vollstationären Pflege
	Name/Anschrift des Kostenträgers	
Die Einrichtung wird regelmäßig jedes Wochenende für einen Aufenthalt im Hause verlassen? Ja Nein, die Einrichtung wird nie selten regelmäßig an _____ Tagen/Monat verlassen.		
		Stempel/Unterschrift der Einrichtung

© Landratsamt Bautzen Feststellung Schwerbehinderteneigenschaft und Landesblindengeld, Änderungsantrag - 10/2012

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

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

Bescheinigung der Meldebehörde in Sachsen		Diese Bescheinigung wird Ihnen von den Meldebehörden gemäß § 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.	seit _____	von _____	früherer Wohnort, Bundesland
Datum		Unterschrift/Stempel der Meldebehörde	

4. Anspruchsvoraussetzungen nach dem EU-Recht

(Nicht von Antragstellern auszufüllen, die in Sachsen wohnen und nicht bzw. nicht im EU-Recht)

Beschäftigungsverhältnis in Sachsen	ja	nein
Beschäftigungsland/-ort: _____		
Arbeitgeber: _____ <small>(Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers vorlegen)</small>		
Entsandter (Beschäftigung für ein deutsches Unternehmen im Ausland)	ja	nein
Land/Ort der Entsendung: _____		
Arbeitgeber: _____ <small>(Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers vorlegen)</small>		
Ich erhalte im Beschäftigungsland folgende andere Sozialleistungen oder habe diese beantragt: (Bewilligungsbescheid beifügen)		
Leistungen der Kriegsopfersversorgung, Gewaltopfersversorgung oder andere vergleichbare Leistungen	ja	nein
Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung und vergleichbare Leistungen	ja	nein
Leistungen des Beschäftigungsstandes nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit oder vergleichbare Leistungen	ja	nein

5. Hinweis zum Übergang von Schadensansprüchen auf den Freistaat Sachsen

Nach § 8 Abs. 1 S. 1 LBlindG in Verbindung mit § 116 SGB X gehen gesetzliche Schadensersatzansprüche, die Sie gegen den Verursacher des Gesundheitsschaden haben (z.B. der Unfallgegner) auf 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 Schadensersatzansprüche gegen den Schadensverursacher insoweit nicht mehr verfügen, insbesondere keinen Vergleich schließen oder Zahlungen entgegennehmen, sofern hierdurch die auf die Verwaltung übergegangenen Schadensansprüche berührt werden. Ein Verstoß dagegen kann eine Schadensersatzpflicht Ihrerseits gegenüber der Verwaltung begründen.

Ansprüche auf Schmerzensgeld und Ersatz von Sachschäden dürfen jedoch ohne Einschränkungen selbst gegenüber dem Schadensverursacher geltend gemacht werden.

Bei Zweifelsfragen berät Sie das zuständige Landratsamt 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	

© Landratsamt Bautzen Feststellung Schwerbehinderteneigenschaft und Landesblindengeld, Änderungsantrag - 10/2012