

Eingangsstempel

**Stadt Chemnitz**  
**Sozialamt**  
 Abt. Soziale Leistungen  
 Sg Schwerbehindertenrecht/Landesblindengeld  
 09106 Chemnitz

Aktenzeichen (vom Amt auszufüllen)

**Hinweise:**  
 Zutreffendes bitte ankreuzen  und ausfüllen.  
 Reicht der auf dem Vordruck vorgesehene Platz für die erforderlichen Angaben nicht aus, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt und legen Sie dieses dem Vordruck bei.

## Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft und Gewährung von Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz

Erstantrag       Änderungsantrag zum Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Um 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.

### 1 Angaben zur Person

Name, Vorname, ggf. Geburtsname Geschlecht  
 weibl.  männl.  divers

Geburtsdatum Geburtsort Kreis, Land

Staatsangehörigkeit (Ausländische Staatsbürger und Grenzarbeitnehmer: bitte Kopie Aufenthaltstitel/Arbeitslaubnis beifügen.)

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon-Nr. mit Vorwahl (Angabe freiwillig\*) derzeit erwerbstätig  
 ja  nein

tagsüber telefonisch erreichbar unter:

\* Die Angabe der Telefonnummer erleichtert Nachfragen. Ihr Antrag kann dadurch schneller bearbeitet werden.

### Gesetzliche bzw. bevollmächtigte Vertreter der antragstellenden Person

Für minderjährige Kinder sind beide sorgeberechtigte Elternteile anzugeben.  
 Betreuer fügen bitte eine Kopie des vom Amtsgericht ausgestellten Betreuerausweises bei, aus der Dauer und Umfang der Betreuung ersichtlich sind.  
 Für Bevollmächtigte ist eine Kopie der Vollmacht einzureichen.

Name, Vorname	Status (Elternteil, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r)	Anschrift

## 2 Antragsumfang

### Ich beantrage

- die Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung (GdB) und die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises nach **§ 152 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)**.
- die Gewährung von Leistungen nach dem Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG) wegen
  - Blindheit
  - hochgradiger Sehbehinderung
  - Gehörlosigkeit
  - Blindheit und zugleich Gehörlosigkeit
  - Schwerstbehinderung des Kindes  
(Bitte Anlage BL ausfüllen.)

### Merkzeichen

Infolge meiner Gesundheitsstörungen bin ich meiner Meinung nach

- blind (**BI**)
- gehörlos (**GI**)
- hilflos (**H**)       Pflegegrad \_\_\_\_ 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 (**aG**)
- 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 (**RF**)
- bei Reisen mit der Deutschen Bahn AG wegen Schädigungsfolgen i. S. des Bundesversorgungsgesetzes/Bundesentschädigungsgesetzes auf die Unterbringung in der 1. Wagenklasse angewiesen (**1. Kl.**)
- taubblind (**TBI**)

### Dieser Antrag

- erstreckt sich auf alle Gesundheitsstörungen, die an Hand der ärztlichen Unterlagen nachgewiesen werden (unabhängig davon, ob die Erkrankungen im Antrag genannt werden).
- beschränkt sich auf die in diesem Antrag aufgeführten Erkrankungen (Beschränkung).

### Die Feststellung soll erfolgen

- ab Antragseingang.
- rückwirkend ab \_\_\_\_\_, wegen  steuerlichen Gründen  
 rentenrechtlichen Gründen  
 sonstigen Gründen:  
\_\_\_\_\_

### 3 Angaben zu vorliegenden Gesundheitsstörungen


<b>Name und Anschrift des Hausarztes</b>	
<b>dort in Behandlung seit</b>	

#### Gesundheitsstörung/en mit (fach-)ärztlicher Behandlung in den letzten 2 Jahren bzw. seit der letzten Feststellung

Bitte geben Sie hier alle körperlichen, geistigen oder seelischen altersuntypischen Gesundheitsstörungen an, die nicht nur vorübergehend sind (sondern mindestens seit 6 Monaten bestehen).

Bitte benutzen Sie keine Abkürzungen, insbesondere keine ICD-Nummern.

Sollten Sie an einer Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) erkrankt sein, fügen Sie bitte den ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen (Anlage DIABETES) bei.

Behandlungszeitraum		Behandelnder (Fach-)Arzt, Psychologe Name und Anschrift	wegen folgender Gesundheitsstörung/en (keine Abkürzungen bzw. ICD-Nrn.)	Unterlagen beim Hausarzt		Schlüsselzahl 
von	bis			ja	nein	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



#### Schlüsselzahlen (nur für statistische Erhebungen)

- 1 = angeborene Erkrankung
- 2 = Arbeits- oder Dienstunfall (einschl. Wegeunfall), Berufskrankheit
- 4 = Verkehrsunfall - soweit nicht Arbeits- oder Dienstunfall (2)
- 5 = häuslicher Unfall - soweit nicht Arbeits- oder Dienstunfall (2)
- 6 = sonstiger Unfall
- 7 = Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschäftigung; Impf-, Haft-, Gewalttat-, Verfolgungsschaden
- 9 = krankheitsbedingte Gesundheitsstörung
- 10 = sonstige Ursache

**Krankenhaus- und Kurbehandlung in den letzten 2 Jahren bzw. seit der letzten Feststellung**

Behandlungszeitraum		Krankenhaus bzw. Kurklinik	wegen folgender Gesundheitsstörung/en	Welcher Arzt erhielt den Entlassungsbericht?
von	bis	Name und Anschrift		

**Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Betreuungsgericht, Sozialgericht) befinden sich weitere, die Gesundheitsstörung/en betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde usw.?**

Name und Anschrift der Stelle	Akten-/Geschäftszeichen

**Wurde Ihnen bereits ein Pflegegrad zugewiesen/bewilligt?**

- nein  
 ja: Pflegegrad     1     2     3     4     5

Name der Kranken-/Pflegekasse	Mitgliedsnummer
Anschrift	

## 4 Feststellung anderer Behörden

Wurde bereits eine Entscheidung zum Vorliegen eines dauerhaften Körperschadens (MdE/GdS/GdB) durch eine andere Behörde, ein anderes Versorgungsamt, Landratsamt usw. getroffen?

- nein
- beantragt
- ja, für einen anerkannten Körperschaden/eine anerkannte Schädigungsfolge wegen:
- Arbeitsunfall/Berufskrankheit
  - Schädigung nach Bundesversorgungsgesetz/Nebengesetzen (z. B. SVG, OEG)
  - Dienstunfall nach beamtenrechtlichen Unfallvorschriften
  - Schädigung nach Bundesentschädigungsgesetz

Entscheidung getroffen von:

Behörde/Versorgungsamt/Landratsamt

Anschrift

Akten-/Geschäftszeichen

Höhe der/des festgestellten MdE/GdS/GdB

Feststellungsbeginn

Bitte fügen Sie eine Kopie des maßgeblichen Feststellungsbescheides der anderen Behörde bei.

## 5 Allgemeine Hinweise

Ich versichere, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können und zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt werden müssen.

**Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, insbesondere**

- eine Besserung bzw. der Wegfall der angegebenen Gesundheitsstörungen,
  - die Änderung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts, insbesondere die Aufnahme in ein Heim bei der Beantragung von Landesblindengeld, der Wegzug aus Sachsen,
  - 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,
  - das Wahrnehmen von Untersuchungen und Begutachtungen während des laufenden Verfahrens
- sind unverzüglich, ggf. unter Angabe entsprechender Nachweise mitzuteilen.**

Im Verwaltungsverfahren zur Feststellung der Behinderteneigenschaft nach dem Neunten Buch - Sozialgesetzbuch (SGB IX) und der Entscheidung nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindG) werden u. a. Gesundheitsdaten verarbeitet. Dies entspricht einer Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten gemäß Art. 9 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Ich nehme die dem Antrag beiliegende Einwilligungserklärung zur Kenntnis.

Ich bin gemäß Art. 13 Abs. 1 und 2 DSGVO umfassend zur Datenverarbeitung im vorliegenden Verwaltungsverfahren informiert.

Verantwortlicher im Sinne der Art. 13 und 14 DSGVO ist folgende Stelle: Stadt Chemnitz, Sozialamt, 09106 Chemnitz

**Als Anlagen sind beigefügt:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vollmacht            | <input type="checkbox"/> Betreuungsurkunde/Betreuerausweis               |
| <input type="checkbox"/> Anlage BL            | <input type="checkbox"/> Meldebescheinigung                              |
| <input type="checkbox"/> Anlage DIABETES      | <input type="checkbox"/> Bescheinigung Aufenthaltstitel/Arbeitserlaubnis |
| <input type="checkbox"/> ärztliche Unterlagen | <input type="checkbox"/> _____   |

Datum

Unterschrift des Antragstellers oder

gesetzlichen Vertreters\* ( Eltern  Betreuer  Pfleger)  Bevollmächtigten

\*) Für den Fall, dass im Verfahren nur ein Sorgeberechtigter das Recht des Minderjährigen wahrnimmt, bestätigt er mit seiner Unterschrift entweder die Tatsache, dass er alleiniger Personensorgeberechtigter ist oder er im Einvernehmen mit weiteren Personensorgeberechtigten handelt.

## Einwilligungserklärung und Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name, Vorname Antragsteller/in

Aktenzeichen

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon (freiwillige Angabe)

**Hinweis:** Die Erteilung der Einwilligung ist Ihre freie Entscheidung. Die Einwilligung kann verweigert werden. Die Verweigerung bewirkt, dass der Zweck der Feststellung der Behinderteneigenschaft nach dem Neunten Buch - Sozialgesetzbuch (SGB IX) und der Entscheidung nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindG) nicht erreicht werden kann. Sonstige Nachteile entstehen Ihnen daraus nicht.

Ich willige ein, dass die Stadt Chemnitz, Sozialamt, zu meiner Person Gesundheitsdaten zum Zweck der Feststellung der Behinderteneigenschaft nach dem Neunten Buch - Sozialgesetzbuch (SGB IX) und der Entscheidung nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindG) verarbeitet. Die Datenverarbeitung beschränkt sich auf die notwendigen Erfordernisse.

Vor diesem Hintergrund erkläre ich mein Einverständnis damit, dass die Stadt Chemnitz, Sozialamt, medizinische Unterlagen aller Art und Akten von Behörden (Kommunal-, Landes- und Bundesbehörden, insbesondere auch deren amtsärztlichen Dienste), Gerichten, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen (insbesondere auch Kindergärten, Schulen und Werkstätten für behinderte Menschen in öffentlicher oder freier Trägerschaft), anderer Sozialleistungsträger und privater Versicherungsunternehmen bezieht.

Ich bin damit einverstanden, dass die Stadt Chemnitz, Sozialamt, von meinen behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Personen mit einem anerkannten Gesundheitsfachberuf, Gutachtern und Einrichtungen Auskünfte einholt und medizinische Unterlagen bezieht. Dieses Einverständnis schließt Unterlagen ein, die diese Personen von anderen Ärzten, Psychotherapeuten, Personen mit einem anerkannten Gesundheitsfachberuf, Gutachtern und Einrichtungen erhalten haben.

**Folgende Ärzte, Psychotherapeuten, Personen mit einem anerkannten Gesundheitsfachberuf, Gutachter und Einrichtungen schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus:**

Ich bin damit einverstanden, dass die Stadt Chemnitz, Sozialamt, im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 3 SGB IX) eine Kopie des Gutachtens bezieht, welches im Rahmen

des Sozialgerichtsverfahrens beim Sozialgericht \_\_\_\_\_

der Betreuung zur Vorlage beim Amtsgericht \_\_\_\_\_

angefertigt worden ist.

**Soweit sie durch diese Erklärung nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind, entbinde ich die beteiligten Ärzte, Psychotherapeuten, Personen mit einem anerkannten Gesundheitsfachberuf, Gutachter und Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und erlaube die Erteilung von Auskünften und die Herausgabe von Unterlagen an die Verwaltungsbehörde.**

Ich kann die Einwilligung jederzeit für die Zukunft **widerrufen**.

Mir ist bekannt, dass die Datenverarbeitung, die aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgt ist, dennoch rechtmäßig bleibt. Ein Widerruf ist per E-Mail oder schriftlich an den Verantwortlichen der Datenverarbeitung zu richten. Ein Widerruf bewirkt, dass eine weitere Verarbeitung der Daten nicht möglich ist und damit der o. g. Zweck nicht weiterverfolgt werden kann.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich gemäß § 76 Abs. 2 Nr. 1 Zehntes Buch - Sozialgesetzbuch (SGB X) der Übermittlung von Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung an einen Arzt übermittelt werden müssen, widersprechen kann. Der Widerspruch ist an den Verantwortlichen für die Datenverarbeitung zu richten.

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Unterschrift Betreuer/in

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