VOGTLAND LANDKREIS

VOGTLANDKREIS LANDRATSAMT

Landratsamt Vogtlandkreis Sozialamt SG 113 Postplatz 5 08523 Plauen	Aktenzeichen Zutreffendes ankreuzen ☒ und in **Blockschrift** ausfüllen	Eingangsstempel

Antrag auf

☐ Erstantrag ☐ Änderungsantrag zum o.g. Aktenzeichen

☐ Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung (GdB), gesundheitlicher Merkmale/ Merkzeichen und die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises nach § 152 Neuntes Buch - Sozialgesetzbuch (SGBIX).

☐ ab Antragseingang ☐ rückwirkend

ab Monat/Jahr	Begründung für die rückwirkende Feststellung (z.B. Steuererleichterung)

Dieser Antrag

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

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

☐ 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	☐ divers
Telefon	**e-Mail-Adresse**		

Bei vorhandenen gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertretern bitte nächste Seite beachten!

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

Welche nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen, seelischen oder Sinnesbeeinträchtigungen 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**)

☐ Pflegegrad liegt vor. ☐ Pflegegrad 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.Kl**)

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 SGBIX 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.

Dem Antrag ist ergänzend das Informationsblatt zum Datenschutz nach der EU-DSGVO beigefügt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Informationen.

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 beigefügt:

☐ 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:

_____ X _____

Datum **Unterschrift Antragsteller(in)** oder

☐ gesetzlicher Vertreter(in) ☐ bevollmächtigten Vertreters

☐ Eltern ☐ Betreuer(in) ☐ Pfleger(in)

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

Einwilligungserklärung

Zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach dem SGBIX und dem LBlindG ist es erforderlich, Unterlagen beizuziehen, die Auskunft über Ihren Gesundheitszustand oder über gewährte Sozialleistungen geben können (§ 67a SGB X). Die beigezogenen Unterlagen werden im Verfahren verarbeitet, gespeichert und ausgewertet. 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**.

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

Ich bin vorbehaltlich nachfolgender Erklärung damit **einverstanden**, dass die für meinen Wohnort für das Feststellungsverfahren nach dem SGBIX und dem LBlindG zuständige Behörde im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages von Gerichten, Krankenanstalten/Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen 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, Psychotherapeuten, Gutachtern, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Einrichtungen und Gerichten Auskünfte einholt und Unterlagen zur Einsicht beizieht**. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte, Psychologen, Gutachter, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Einrichtungen und Gerichte von anderen Ärzten, , Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachtern, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Einrichtungen und Gerichten erhalten haben.

Folgende Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachter, Unternehmen, Einrichtungen und Gerichte 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, Psychotherapeuten, Gutachter, Unternehmen, Einrichtungen und Gerichte 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.

Ich bestätige die Kenntnisnahme des Informationsblattes zum Datenschutz nach der EU-DSGVO.

Datum	Unterschrift Antragsteller/in	Unterschrift des/der ☐ gesetzl. Vertreter(s) ☐ Bevollmächtigten ☐ Eltern ☐ Betreuer

Informationsblatt zum Datenschutz

Folgende Informationen sind Ihnen gemäß Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO-Verordnung (EU) 2016/679) bei Erhebung der personenbezogenen Daten mitzuteilen:

1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Die zuständige Stelle für die Erhebung der Daten im Rahmen des Feststellungsverfahrens nach dem SGB IX und des Sächsischen Landesblindengeldgesetzes (SächsLBlindG) und mithin Verantwortlicher im Sinne der Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung ist folgende Stelle:

Landratsamt Vogtlandkreis
Postfach 100308
08523 Plauen

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragte(r) des Landratsamtes Landkreis Vogtlandkreis
Postplatz 5
08523 Plauen

Telefon: 03741 300-0
E-Mail: datenschutz@vogtlandkreis.de

3. Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Die Erhebung der personenbezogenen Daten ist notwendig, um über den Feststellungsantrag nach § 152 SGB IX bzw. den Antrag auf Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz entscheiden zu können (§ 152 SGB IX, § 1 SächsLBlindG i.V.m. § 67a SGB X).

4. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden folgendermaßen weiterverarbeitet und an weitere zuständige Stellen übermittelt:

- Ihre personenbezogenen Daten werden im Verfahren zur Feststellung nach § 152 SGB IX bzw. auf Leistungen nach dem SächsLBlindG gespeichert und im Rahmen der Sachverhaltsaufklärung und der Rechtsbehelfsverfahren an Ihre behandelnden Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten sowie an Gutachter, private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Einrichtungen, Gerichte und Sozialleistungsträger und das Sächsische Melderegister übermittelt, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist (§ 67b Abs.1 SGB X).

- Medizinische Auskünfte und Unterlagen, die die Verwaltung im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB IX oder LBlindG über Sie erhalten hat, dürfen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden, 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 Sozialleistungsträger kann von Ihnen jederzeit widersprochen werden.

5. Quelle der personenbezogenen Daten

Soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist, können ergänzend medizinische Auskünfte und Unterlagen entsprechend Ihrer Einwilligungserklärung von Ihren behandelnden Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten sowie von Gutachtern, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Einrichtungen, Sozialleistungsträgern und Gerichten eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen werden.

6. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland

Es ist nicht vorgesehen, Ihre personenbezogenen Daten an ein Drittland oder eine internationale Organisation zu übermitteln.

7. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der Aufbewahrungsfristen für die Aufgabenerfüllung nach dem SGB IX und dem SächsLBlindG erforderlich ist. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt automatisch, ohne weitere Veranlassung von Ihnen die Löschung der Daten.

8. Betroffenenrechte

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Verantwortliche, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte an den behördlichen Datenschutzbeauftragten.

9. Beschwerderecht

Ihnen steht ein Beschwerderecht bei der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde nach Artikel 51 DSGVO zu:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter
Postfach 12 00 16
01001 Dresden
Telefon: 0351/493-5401 Telefax: 0351/493-5490
Email: saechsdsb@slt.sachsen.de

10. Bereitstellung der personenbezogenen Daten

Wer Sozialleistungen beantragt, muss nach § 60 SGB I alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen angeben und die verlangten Nachweise vorlegen. Sollten Sie die notwendigen Informationen nicht bereitstellen wollen, bzw. können diese nicht anderweitig erlangt werden, kann über Ihren Antrag nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden.

11. Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Verantwortlichen durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft beim Verantwortlichen widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

12. Weiterverarbeitung zu anderen Zwecken

Ist beabsichtigt, Ihre personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterzuverarbeiten als den, für den sie im Antragsverfahren erhoben wurden, so stellt der Verantwortliche Ihnen vor dieser Weiterverarbeitung Informationen über diesen anderen Zweck und alle anderen maßgeblichen Informationen zur Verfügung.