

Eingangsstempel

Aktenzeichen

► **Hinweis:**
 Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und Zutreffendes Ankreuzen.
 Bei Rückfragen erhalten Sie Auskunft unter Telefon 123-4000 oder per E-Mail unter sozialamt@leipzig.de.

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

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 mit berücksichtigt werden.
- die Übernahme der Entscheidung der Berufsgenossenschaft bzw. einer anderen Behörde unter Verzicht auf die bisherigen Feststellungen.
- die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Parkerleichterung für besondere Gruppen schwerbehinderter Menschen

- die Überprüfung / Neugewährung von Leistungen nach dem **Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG)** für Blindheit hochgradige Sehschwäche Gehörlosigkeit Schwerstbehinderung eines Kindes
(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.

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

Angaben zur Person

Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname		Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	Geburtsort	Kreis, Land
Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt - wenn abweichend vom Hauptwohnsitz - Straße, Haus-Nr.		Kreis
Postleitzahl, Ort <input type="checkbox"/> in Sachsen <input type="checkbox"/> in	Gemeinde – nur bei Abweichung vom Wohnort angeben	
telefonisch erreichbar unter (_____) _____ (Angabe freiwillig)		derzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 oder Betreuers angeben und **Betreuungsurkunde** vorlegen. Bevollmächtigte Personen bitte ebenfalls hier eintragen und die entsprechende Vollmacht beifügen.

Name, Vorname

Anschrift

Nur Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises auf Grund anderweitiger Feststellungen

Hat zwischenzeitlich eine Verwaltungsbehörde, ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Schädigungsfolge (GdS) getroffen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

<input type="checkbox"/> Nein	Höhe des festgestellten MdE/GdS (=GdB)	Bezeichnung der Verwaltungsbehörde, des Sozialversicherungsträgers oder des Gerichts	Geschäftszeichen und Datum des Vorgangs oder der Entscheidung, ggf. Tag des Unfalls
<input type="checkbox"/> Ja, für nachfolgende Gesundheitsstörungen			

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

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

Merkzeichen

Infolge meiner Gesundheitsstörungen bin ich meiner Meinung nach

- blind (**BL**)
 gehörlos (**GL**)
 hilflos (**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 Rollstuhles 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.KI.**)

Angaben über ärztliche Behandlungen wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

Ärztliche Behandlung wegen der Funktionsbeeinträchtigung seit der letzten Feststellung

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

Krankenhausbehandlung seit der letzten Feststellung

Behandlung	stationär	Name und Anschrift des Krankenhauses	wegen folgender Gesundheitsstörungen
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		

Kurbehandlung seit der letzten Feststellung

von - bis	Name und Anschrift der Kuranstalt	Kostenträger	wegen folgender 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

Bitte senden Sie auch die sich in Ihren Händen befindlichen medizinischen Unterlagen mit ein.

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

Name und Anschrift der Pflegekasse	Mitgliedsnummer

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

Die erhobenen Daten werden elektronisch gespeichert.

Als Unterlagen sind beigefügt:

- Vollmacht
- Bestallungsurkunde
- Kopie Personalausweis (nur erforderlich bei Landesblindengeldantrag)
- Anlage BL**
- Ärztliche Unterlagen
-

Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers oder der/des
 gesetzlichen Vertreters (Eltern Betreuer Pfleger) Bevollmächtigten

Einwilligungserklärung

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 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 Sozialamt der Stadt Leipzig 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 **beizieht**, die für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt werden.

Weiter bin ich **einverstanden**, dass das Sozialamt der Stadt Leipzig **von Ärzten, die mich behandelt haben, Psychologen, Gutachtern und Einrichtungen Auskünfte einholt und Unterlagen zur Einsicht beizieht**. 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 dem Sozialamt der Stadt Leipzig 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 der Antragstellerin / des Antragstellers oder der/des

gesetzlichen Vertreters (Eltern Betreuer Pfleger) Bevollmächtigten

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

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	
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> häusliche/ambulante Pflege (§ 36 SGB XI)	<input type="checkbox"/> stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)
<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> Pflegegeld (§ 37 SGB XI)	<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)
<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI)	<input type="checkbox"/> Pflege in vollstationärer Einrichtung d. Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI)
	<input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	<input type="checkbox"/>

Meine zuständige Pflegekasse ist die

<input type="checkbox"/> AOK	<input type="checkbox"/> DAK	<input type="checkbox"/> Barmer GEK	<input type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> _____
------------------------------	------------------------------	-------------------------------------	------------------------------	--------------------------------

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

Falls eine Heimunterbringung vorliegt, bitte umseitige Bestätigung ausfüllen lassen.