

Stadt Leipzig  
Sozialamt  
Abteilung 50.6, Schwerbehindertenrecht  
04092 Leipzig

Eingangsstempel

**4 Hinweis:**

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen. Bei Rückfragen erhalten Sie Auskunft unter Telefon 123-4000 oder per E-Mail unter schwerbehindertenrecht@leipzig.de.

**Antrag auf**

- Feststellung einer Behinderung / Schwerbehinderung nach § 152 SGB IX**  
 **Gewährung von Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz**  
 Erstantrag     Änderungsantrag zum Aktenzeichen

**1. Angaben zur Person**

Name, Vorname, ggf. Namenszusatz		ggf. Geburtsname/früherer Name
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	Staatsangehörigkeit
		Ausländische Staatsbürger bitte Kopie Aufenthaltsbescheinigung/Arbeitslaubnis beifügen.
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		
Telefonnummer/E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)		derzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Angaben zum gesetzlichen/bevollmächtigten Vertreter sofern vorhanden</b>		
Name, Vorname, ggf. Namenszusatz (Für minderjährige Kinder sind beide sorgeberechtigten Elternteile anzugeben.)		
Anschrift		

**Bitte fügen Sie 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.**

## 2. Antragsumfang

### Dieser Antrag

- erstreckt sich auf alle Gesundheitsstörungen, die anhand der ärztlichen Unterlagen nachgewiesen werden (unabhängig davon, ob die Gesundheitsstörungen im Antrag benannt werden).
- beschränkt sich auf die in diesem Antrag aufgeführten Gesundheitsstörungen.
- beschränkt sich auf die Übernahme anderer Entscheidungen.

### Die Feststellung soll erfolgen

- ab Antragseingang
- rückwirkend ab \_\_\_\_\_ und zwar aus
  - rentenrechtlichen Gründen
  - steuerrechtlichen Gründen
  - sonstige Gründe (Bitte erläutern Sie diese.)

Erläuterung zu sonstigen Gründen:

### Merkzeichen

Infolge meiner Gesundheitsstörungen liegen meiner Meinung nach die Voraussetzungen vor für:

- G** erheblich gehbehindert
- aG** außergewöhnlich gehbehindert

Bitte erläutern Sie das Ausmaß der Gehbehinderung, ggf. Nutzung von Hilfsmitteln?

- B** auf regelmäßige Begleitung bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel angewiesen
- H** hilflos (**Bitte Angaben zur Pflegekasse auf Seite 4 beachten!**)
- RF**  wesentlich sehbehindert  wesentlich hörbehindert  ständig bettlägerig  
 behinderungsbedingt ständig an meine Wohnung gebunden
- Bl** blind (beidseitig)
- Gl** gehörlos
- 1.KI** berechtigt, mit Fahrausweis der 2. Klasse die 1. Klasse zu benutzen  
(Gilt nur für Schwerkriegsbeschädigte nach Bundesversorgungsgesetz oder Berechtigte nach Bundesentschädigungsgesetz.)
- Tbl** taubblind

### Ich beantrage die Gewährung/Überprüfung von Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindG) wegen

- Blindheit (beidseitig)  hochgradiger Sehbehinderung
- Gehörlosigkeit im Sinne des LBlindG  Schwerstbehinderung des Kindes
- Blindheit und gleichzeitiger Gehörlosigkeit im Sinne des LBlindG

Bitte füllen Sie das Formblatt [LBlindG](#) aus!

### 3. Gesundheitliche Beeinträchtigungen und ärztliche Behandlungen

Welche nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen, seelischen oder Sinnesbeeinträchtigungen, die mindestens 6 Monate andauern, werden von Ihnen geltend gemacht?

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

Bitte geben Sie Ihre fachärztliche Behandlung der letzten 2 Jahre bzw. seit der letzten Feststellung des Grades der Behinderung an.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen	Name und Anschrift Fachärztin/-arzt, Psychotherapeutin/-therapeut	Behandlung von - bis	Unterlagen beim Hausarzt		Ursache (siehe Legende)
			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"/>	

#### Legende zur Ursache der Behinderung:

1	krankheitsbedingte Funktionsbeeinträchtigung
2	sonstige Ursache
3	angeborene Funktionsbeeinträchtigung
4	Arbeits- oder Dienstanfall (einschl. Wegeunfall), Berufskrankheit
5	Verkehrsunfall
6	häuslicher Unfall
7	sonstiger Unfall
8	Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung; Impf-, Haft-, Gewalttat-, Verfolgungsschaden

#### Angaben zur Hausärztin / zum Hausarzt

Name und Anschrift

## Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlungen

der letzten 2 Jahre bzw. seit der letzten Feststellung des Grades der Behinderung

Behandlung von - bis	Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Rehabilitätsklinik	In Behandlung wegen folgenden Gesundheitsstörungen	Folgender Arzt erhielt den Entlassungsbericht

**Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z.B. Gesundheitsamt, Bundesagentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Betreuungsgericht, Sozialgericht usw.) befinden sich weitere, die Gesundheitsstörungen betreffenden Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten und Untersuchungsbefunde?**

Name und Anschrift der Stelle	Akten- /Geschäftszeichen
-------------------------------	--------------------------

### Angaben zur Kranken-/Pflegekasse

Name und Anschrift der Kranken-/Pflegekasse	Mitgliedsnummer
---------------------------------------------	-----------------

### Pflegegrad

nein  liegt vor in der Höhe: \_\_\_\_\_  wurde beantragt

## 4. Feststellung einer anderen Behörde

**Wurde bei Ihnen bereits eine Entscheidung zum Vorliegen eines dauerhaften Körperschadens (MdE/GdS/GdB) durch eine andere Behörde, Versorgungsamt, Sozialamt etc. getroffen?**

ja, und zwar  beantragt  nein

für einen anerkannten Körperschaden/ eine anerkannte Schädigungsfolge wegen

- Arbeitsunfall/Berufskrankheit
- Schädigung nach dem Bundesversorgungsgesetz/ Nebengesetzen (z. B. SVG/OEG)
- Dienstatunfall nach beamtenrechtlichen Unfallvorschriften
- Schädigung nach Bundesentschädigungsgesetz

durch folgende Behörde, Versorgungsamt, Sozialamt etc. (Bitte vollständige Anschrift angeben.)

Akten-/Geschäftszeichen	Höhe der/des festgestellten MdE/GdS/GdB
Feststellungsbeginn	

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

## 5. Einwilligungserklärung

Name, Vorname, ggf. Namenszusatz des Antragstellers

Zur Durchführung des Feststellungsverfahrens und der Entscheidung nach dem LBlindG ist es erforderlich Unterlagen anzufordern, 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 Einverständniserklärung**.

Ich bin vorbehaltlich nachfolgender Erklärung damit **einverstanden**, dass die zuständige Kommune im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages von Gerichten, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und anderen Leistungsträgern – welche ich im Antrag angegeben habe oder die aus den 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 Kommune **von Ärztinnen und Ärzten, die mich behandelt haben, Psychologinnen und Psychologen, Gutachterinnen und Gutachtern und Einrichtungen Auskünfte einholt und Unterlagen zur Einsicht beizieht**. Das schließt die Unterlagen ein, die diese von anderen Stellen erhalten haben.

**Folgende Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Gutachterinnen und Gutachter bzw. Einrichtungen sowie folgende Unterlagen schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus:**

**Soweit sie durch diese Erklärung nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind, entbinde ich die Beteiligten 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 zuständigen Kommune 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 des Antragstellers

gesetzlichen Vertreters  
(Eltern oder Betreuer)

Bevollmächtigten

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

## 6. Allgemeine Hinweise

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 Gesundheitsstörungen, 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:**

- |                                                                          |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vollmacht                                       | <input type="checkbox"/> Formblatt LBlindG                          |
| <input type="checkbox"/> Betreuungsurkunde                               | <input type="checkbox"/> Ärztliche Unterlagen                       |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsnachweis                             | <input type="checkbox"/> <a href="#">Fragebogen Zuckerkrankheit</a> |
| <input type="checkbox"/> <a href="#">Fragebogen seelische Erkrankung</a> | <input type="checkbox"/> Sonstiges                                  |

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

Datum	Unterschrift des Antragstellenden
	<input type="checkbox"/> gesetzlichen Vertreters (Eltern oder Betreuer) <input type="checkbox"/> Bevollmächtigten

# Informationsblatt zum Datenschutz (zu Ihrem Verbleib)

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 Durchführung der Feststellungsverfahren nach dem SGB IX obliegt den für Ihren Wohnort zuständigen kommunalen Körperschaften. Jede dieser Einrichtung hat auch einen Datenschutzbeauftragten. 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 sind die nachfolgend genannten Stellen:

Stadt Chemnitz Sozialamt	SGB IX/LBlindG Bahnhofstraße 53 09111 Chemnitz
Landeshauptstadt Dresden Sozialamt	Landeshauptstadt Dresden SGB IX/LBlindG PF 120020 01001 Dresden
Stadt Leipzig Sozialamt	SGB IX/LBlindG 04092 Leipzig
Landkreis Erzgebirgskreis Landratsamt	SGB IX/LBlindG Paulus-Jenisius Straße 24 09456 Annaberg-Buchholz
Landkreis Mittelsachsen Landratsamt	SGB IX/LBlindG Frauensteiner Straße 43 09599 Freiberg
Landkreis Vogtlandkreis Landratsamt	Sozialamt Postplatz 5 08523 Plauen
Landkreis Zwickau Landratsamt	SGB IX/LBlindG Werdauer Straße 62 08056 Zwickau
Landkreis Bautzen Landratsamt	Sozialamt Bahnhofstraße 9 02625 Bautzen
Landkreis Görlitz Landratsamt	SGB IX/LBlindG PSF 300152 02806 Görlitz
Landkreis Meißen Landratsamt	Kreissozialamt Meißen SGB IX/LBlindG PF 100152 01651 Meißen
Landkreis Sächs. Schweiz/OE Landratsamt	Referat Eingliederungs- und Behindertenhilfe Dresdner Straße 107 01705 Freital
Landkreis Leipzig Landratsamt	Sozialamt Brauhausstraße 8 04552 Borna
Landkreis Nordsachsen Landratsamt	Sozialamt 04855 Torgau

## 2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Stadt Chemnitz	Datenschutzbeauftragte(r)	<a href="mailto:datenschutz@stadt-chemnitz.de">datenschutz@stadt-chemnitz.de</a>
Landeshauptstadt Dresden	Datenschutzbeauftragte(r)	<a href="mailto:datenschutzbeauftragter@dresden.de">datenschutzbeauftragter@dresden.de</a>
Stadt Leipzig	Datenschutzbeauftragte(r)	<a href="mailto:datenschutzbeauftragter@leipzig.de">datenschutzbeauftragter@leipzig.de</a>
Landkreis Erzgebirgskreis	Datenschutzbeauftragte(r)	<a href="mailto:datenschutz@kreis-erz.de">datenschutz@kreis-erz.de</a>
Landkreis Mittelsachsen	Datenschutzbeauftragte(r)	<a href="mailto:datenschutz@landkreis-mittelsachsen.de">datenschutz@landkreis-mittelsachsen.de</a>
Landkreis Vogtlandkreis	Datenschutzbeauftragte(r)	<a href="mailto:datenschutz@vogtlandkreis.de">datenschutz@vogtlandkreis.de</a>
Landkreis Zwickau	Datenschutzbeauftragte(r)	<a href="mailto:datenschutz@landkreis-zwickau.de">datenschutz@landkreis-zwickau.de</a>
Landkreis Bautzen	Datenschutzbeauftragte(r)	<a href="mailto:datenschutz@lra-bautzen.de">datenschutz@lra-bautzen.de</a>
Landkreis Görlitz	Datenschutzbeauftragte(r)	<a href="mailto:datenschutz@kreis-gr.de">datenschutz@kreis-gr.de</a>
Landkreis Meißen	Datenschutzbeauftragte(r)	<a href="mailto:datenschutzbeauftragter@kreis-meissen.de">datenschutzbeauftragter@kreis-meissen.de</a>
Landkreis Sächs. Schweitz/Osterzgebirge	Datenschutzbeauftragte(r)	<a href="mailto:datenschutz@landratsamt-pirna.de">datenschutz@landratsamt-pirna.de</a>
Landkreis Leipzig	Datenschutzbeauftragte(r)	<a href="mailto:datenschutzbeauftragter@lk-l.de">datenschutzbeauftragter@lk-l.de</a>
Landkreis Nordsachsen	Datenschutzbeauftragte(r)	<a href="mailto:datenschutzbeauftragter@lra-nordsachsen.de">datenschutzbeauftragter@lra-nordsachsen.de</a>

## 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 im Verfahren zur Feststellung nach § 152 SGB IX bzw. auf Leistungen nach dem SächsLBlindG gespeichert und an

- Ihre behandelnden Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachter
- Sozialleistungsträger
- private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen
- Einrichtungen
- Gerichte
- andere Organisationseinheiten des Verantwortlichen
- Außengutachter des Verantwortlichen
- den Kommunalen Sozialverband Sachsen
- die Hauptkasse des Freistaates Sachsen
- das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
- den Staatsbetrieb Sächsische Informatikdienste
- PDV Erfurt GmbH und
- das Sächsische Melderegister

übermittelt, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens, der Sachverhaltsaufklärung, der Bearbeitung, der Zahlung, der Auftragsverarbeitung und der Rechtsbehelfsverfahren 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, dem SächsLBlindG und den Kommunalen Haushaltsvorschriften 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. 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.

## **10. Beschwerderecht**

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

Sächsische Datenschutz- und Transparenzbeauftragte  
Postfach 11 01 32  
01330 Dresden  
Telefon: +49 351 85471-101  
Telefax: +49 351 85471-109  
Email: [post@sdtb.sachsen.de](mailto:post@sdtb.sachsen.de)

## **11. 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.

## **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.