

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

Eingangsstempel

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  
 weiblich     männlich

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 Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Parkerleichterungen für besondere Gruppen schwerbehinderter Menschen (nach der VwV zu § 46 Abs. 1 Nr. 11 StVO und der Sächsischen VwV-Parkerleichterung vom 13.12.2011).
- die Ausstellung einer Steuerbescheinigung, falls der festgestellte GdB unter 50 liegt.
- 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 \_\_\_\_\_<sup>Datum</sup>, 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
- sind unverzüglich, ggf. 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 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.

- Ich erhebe gegen die Datenübermittlung Widerspruch!

**Die erhobenen Daten werden elektronisch gespeichert.**

**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

Name, Vorname Antragsteller/in

Aktenzeichen

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon (freiwillige Angabe)

*Zur Feststellung der Behinderteneigenschaft und der Entscheidung nach dem Landesblindengeldgesetz 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 die **nachfolgende Einwilligungserklärung**.*

Ich bin vorbehaltlich nachfolgender Erklärung damit einverstanden, dass das Sozialamt der Stadt Chemnitz - 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 es für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt.

Weiter bin ich einverstanden, dass das Sozialamt der Stadt Chemnitz **von meinen behandelnden Ärzten, Psychologen, Gutachtern und Einrichtungen Auskünfte einholt und Unterlagen zur Einsicht beizieht**. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte, Psychologen, Gutachter und Einrichtungen von anderen Ärzten, Psychologen, Gutachtern und Einrichtungen erhalten haben.

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

Ich bin damit einverstanden, dass das Sozialamt der Stadt Chemnitz im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 3 SGB IX) eine Kopie des Gutachtens beizieht, 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, Psychologen und Gutachter von ihrer Schweigepflicht und erlaube die Erteilung von Auskünften und die Herausgabe von Unterlagen an die Verwaltungsbehörde.**

Untersuchungen und Begutachtungen, die während des laufenden Verfahrens stattgefunden haben, werde ich dem Sozialamt der Stadt Chemnitz umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese Untersuchungen und Begutachtungen angefordert werden können.

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Unterschrift Betreuer/in

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