Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge – Landratsamt Sozial- und Ausländeramt Referat Eingliederungs- und Behindertenhilfe Postanschrift: Postfach 10 02 53/54, 01782 Pirna Lieferanschrift: Schloßhof 2/4, 01796 Pirna Besucheranschrift: Dresdner Straße 107, 01705 Freital	Aktenzeichen	Eingangsstempel

Änderungsantrag

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

Zutreffendes ankreuzen ☒ oder ausfüllen

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 Überprüfung / Neugewährung von Leistungen nach dem **Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG)**

für ☐ Blindheit ☐ hochgradige Sehschwäche ☐ Gehörlosigkeit ☐ Schwerstbehinderung eines Kindes

☐ Blindheit und **gleichzeitig** Gehörlosigkeit i. S. des LBlindG

(bitte dann 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 ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Geburtsdatum		

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (sofern letzterer abweichend vom Hauptwohnsitz)

Straße, Haus-Nr.		Kreis
Postleitzahl, Ort	☐ in Sachsen ☐ in	Gemeinde – nur bei Abweichung vom Wohnort angeben
telefonisch erreichbar unter (_____) _____(Angabe freiwillig)		derzeit erwerbstätig ☐ Ja ☐ 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

Bitte <u>keine Fotos, Lichtbilder oder Ausweisdokumente</u> einreichen.

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 Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) getroffen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ Nein ☐ Ja, für nachfolgende Gesundheitsstörungen	Höhe der festgestellten MdE(=GdB)	Bezeichnung der Verwaltungsbehörde, des Sozialversicherungsträgers oder des Gerichts	Geschäftszeichen und Datum des Vorgangs oder der Entscheidung, ggf. Tag des Unfalls

Bitte Feststellungsbescheid oder -unterlagen beifügen. Nachfolgende Fragen brauchen Sie nur dann zu beantworten, wenn Sie weitere Verschlimmerungen oder 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

Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen sind seit der letzten Feststellung **neu** aufgetreten?	Schlüsselzahl
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐
	☐

Bitte zu jeder Gesundheitsstörung die jeweils zutreffende Schlüsselzahl eintragen:

1= angeborene Funktionsbeeinträchtigung
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 Zivildienstbeschädigung; Impf-, Haft-, Gewalttat-, Verfolgungsschaden
9= krankheitsbedingte Funktionsbeeinträchtigung
10= sonstige Ursache

Merkzeichen

Infolge meiner Gesundheitsstörungen bin ich meiner Meinung nach

- ☐ blind (**Bl**)
- ☐ gehörlos (**Gl**)
- ☐ 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
- ☐ 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.Kl.**)
- ☐ taubblind (**TBl**)

Angaben über ärztliche Behandlungen wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen

Name und Anschrift Ihres Hausarztes?

Ärztliche Behandlung wegen der Funktionsbeeinträchtigungen seit der letzten Feststellung

von - bis	Name und Anschrift des behandelnden Arztes	wegen welcher Gesundheitsstörung

Krankenhausbehandlung seit der letzten Feststellung

von - bis	Name und Anschrift des Krankenhauses	wegen welcher Gesundheitsstörung

Kurbehandlung seit der letzten Feststellung

von - bis	Name und Anschrift der Kuranstalt	Kostenträger	wegen welcher Gesundheitsstörung

Welcher Arzt erhielt den Krankenhaus- bzw. Kurabschlussbericht?

Seine Anschrift lautet:

Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z.B. Gesundheitsamt) befinden sich weitere die Behinderung betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.?

Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen

Bitte senden Sie auch eventuell in Ihren Händen befindliche Unterlagen ein.

Zugehörigkeit zur Pflegekasse ***(Nur erforderlich, wenn dort ein Antrag auf Pflegeleistung gestellt wurde)***

Name und Anschrift der Pflegekasse	Mitgliedsnummer

Allgemeine Hinweise (einschließlich Anlage Bl)

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.

Hinweis zur EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)
Ich bestätige mit meiner Unterschrift auch die Kenntnisnahme des Informationsblattes zum Datenschutz – EU-DSGVO.

Als Unterlagen sind beigefügt:

- ☐ Vollmacht
- ☐ Anlage Bl
- ☐ Bestallungsurkunde
- ☐ Ärztliche Unterlagen

_____ _____

Datum **Unterschrift des Antragstellers** oder

☐ gesetzlichen Vertreters (☐ Eltern ☐ Betreuer ☐ Pfleger) ☐ Bevollmächtigten

Einwilligungserklärung

Name:	**Vorname:**	**geb.:**

Zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach dem SGB IX 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**.

Die 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 SGB IX 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 gesetzlicher Vertreter

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

Bescheinigung der Ausländerbehörde – nur ausfüllen lassen, wenn der Antragsteller Ausländer ist –

Der/die Antragsteller/in hält sich rechtmäßig im Bundesgebiet auf, seit: _____.

Er/sie ist im Besitz einer/s:

☐ Niederlassungserlaubnis

☐ Schengen-Visums

☐ nationalen Visums

(Aufenthaltszweck:_____)

☐ Duldung (§ 60a AufenthG)

☐ Aufenthaltskarte für Familienangehörige, die nicht EU-Bürger sind (§ 5 Abs. 1 S. 1 Freizüg/EU)

☐ Bescheinigung über das Daueraufenthaltsrecht (Unionsbürger und dessen Familienangehörige)

☐ Daueraufenthaltskarte für Familienangehörigen mit Drittstaatsangehörigkeit (des Unionsbürgers)

☐ Aufenthaltserlaubnis

- ☐ zum Zweck der Ausbildung (§§ 7, 16, 17 AufenthG)
- ☐ zum Zweck der Erwerbstätigkeit (§§ 7, 18, 18 a, 21 AufenthG)
- ☐ zur Arbeitssuche für qualifizierte Fachkräfte (§§ 7, 18 c AufenthG)
- ☐ aus völkerrechtlichen Gründen (§ 7, 22, 23, 23 a AufenthG)
- ☐ zum vorübergehenden Schutz (§ 7, 24 AufenthG)
- ☐ aus humanitären Gründen (§§ 7, 25 a, 25 b, 25 Abs. 1-3, 5 AufenthG)
- ☐ für vorübergehenden Aufenthalt (§§ 7, 25 Abs. 4 AufenthG)
- ☐ aus familiären Gründen (§§ 7, 27 ff. AufenthG)
- ☐ aufgrund eines Rechtes auf Wiederkehr (§§ 7, 37 AufenthG)
- ☐ für ehemalige Deutsche (§§ 7, 38 AufenthG)

☐ Erlaubnis zum Daueraufenthalt EU (§ 9a AufenthG)

☐ Blaue Karte EU (§ 19 a AufenthG)

☐ Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylVfG)

Das Asylverfahren wurde ☐ abgeschlossen ☐ noch nicht abgeschlossen

Eine Ausweisung oder Abschiebung ist

- ☐ wegen eines allein oder überwiegend in der Person des Asylbewerbers liegenden Grundes
- ☐ wegen eines objektiven, nicht in der Person des Asylbewerbers liegenden Grundes
- ☐ geplant ab _____
- ☐ derzeit nicht absehbar und deshalb
- ☐ völlig zukunftsoffen

☐ sonstiges: _____

☐ Aufenthaltstitel bzw. anderer Nachweis gültig bis: _____

Erwerbstätigkeit ist erlaubt: ☐ ja ☐ nein

_____ _____

Datum Unterschrift, Stempel

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**::		
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) ☐ Pflegegeld (§ 37 SGB XI) ☐ Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) ☐ Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	☐ stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) ☐ vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) ☐ Pflege in vollstationärer Einrichtung der Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI) ☐ Sonstige Leistungen (Leistung bitte angeben)
☐ Ich erhalte **keine Leistungen** der Pflegeversicherung (SGB XI) bzw. habe derartige Leistungen auch **nicht beantragt**		

1.2. Angaben zur Krankenkasse/Pflegekasse

Name der Krankenkasse Name der Pflegekasse	
Anschrift Mitgliedsnummer	
Datum der Untersuchung	Pflegegutachten vom (Gutachten beifügen- auch bei Ablehnung)

1.3. 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 UntAbschlG oder dem Anti-DHG.	☐ Ja		☐ Nein
2. Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII).	☐ Ja		☐ Nein
3. Leistungen anderer Bundesländer nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit oder als schwerstbehindertes Kind.	☐ Ja		☐ 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? **Falls eine Heimunterbringung vorliegt, bitte nachfolgende Bestätigung ausfüllen lassen**	☐ Ja ☐ Nein

Hiermit wird bestätigt, dass bei

Zu- und Vorname:

Geburtsdatum:

eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altenheim, Rehabilitationseinrichtung o.ä.) vorliegt oder eine solche Unterbringung beabsichtigt ist.

Name/Anschrift der Einrichtung		Art der Einrichtung
seit/ab	öffentlich-rechtlicher Kostenträger des Aufenthalts: ☐ Ja ☐ Nein Name/Anschrift des Kostenträgers:	Die **Kosten des Aufenthalts** werden ☐ in vollem Umfang ☐ teilweise ☐ nicht **vom Antragsteller selbst** getragen. ☐ Die **Pflegeversicherung** trägt die Kosten als Leistung zur vollstationären Pflege nach ☐ § 43 SGB XI ☐ § 43a SGB XI ☐ Sonstige Leistungstragung ☐ Angabe der gesetzlichen Grundlage:

Die Einrichtung wird regelmäßig **jedes** Wochenende für einen Aufenthalt zu Hause verlassen ?

☐ Ja ☐ Nein, die Einrichtung wird ☐ nie ☐ selten ☐ regelmäßig an ..... Tagen (Anzahl)/Monat verlassen

☐ regelmäßige Heimfahrten in den Ferien

☐ Ja (konkrete, gesonderte Beantragung des Zeitraumes erforderlich) ☐ Nein

Stempel und Unterschrift der Einrichtung

3. Bescheinigungen zur Beantragung von Leistungen nach dem LBlindG, Wohnort Deutschland

Bescheinigung der Meldebehörde in Sachsen		Diese Bescheinigung wird Ihnen von den Meldebehörden gem. § 64 SGB X kostenfrei ausgestellt.
Die Richtigkeit der nachstehenden Angaben wird durch die Meldebehörde bestätigt:		
Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname und frühere Namen		Geburtsdatum
ist hier gemeldet	seit	mit dem ☐ Hauptwohnsitz ☐ Nebenwohnsitz.
Ein Zuzug erfolgte	am	von ..... früherer Wohnort, Bundesland/Land
Datum	Unterschrift/Stempel der Meldebehörde	

4. Anspruchsvoraussetzungen nach dem EU-Recht

(Nicht von Antragstellern auszufüllen, die in Sachsen wohnen und nicht bzw. nicht im EU-Ausland arbeiten)

Beschäftigungsverhältnis in Sachsen	☐ Ja	☐ Nein
Beschäftigungsland/-ort:. Arbeitgeber: (Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers vorlegen)		
Entsandter (Beschäftigung für ein deutsches Unternehmen im Ausland)	☐ Ja	☐ Nein
Land/Ort der Entsendung: Arbeitgeber: (Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers vorlegen)		
Ich erhalte im Beschäftigungsland folgende andere Sozialleistungen oder habe diese beantragt: (Bewilligungsbescheid beifügen)		
☐ Leistungen der Kriegsopferversorgung, Gewaltopferversorgung oder andere vergleichbare Leistungen	☐ Ja	☐ Nein
☐ Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder vergleichbare Leistungen	☐ Ja	☐ Nein
☐ Leistungen des Beschäftigungslandes nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit oder vergleichbare Leistungen	☐ Ja	☐ Nein

5. Hinweis zum Übergang von Schadenersatzansprüchen

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. 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.

Bei Zweifelsfragen berät Sie die für Ihren Wohnort zuständige Verwaltung des Landkreises/der kreisfreien Stadt auf Anfrage.

6. Zustehende Leistungen sollen auf das folgende Konto überwiesen werden:

☐ eigenes Konto	☐ gemeinsames Konto	☐ Fremdkonto (bitte Kontoinhaber angeben)
Kontoinhaber		
Kontonummer	bei (Geldinstitut)	Bankleitzahl
IBAN	BIC/SWIFT-Code	

Leistungen nach dem LBlindG können nicht auf Dritte übertragen, verpfändet oder gepfändet werden. Soweit die Leistungen auf ein Fremdkonto überwiesen werden sollen, ist der Grund für die Überweisung zugunsten des Fremdkontos anzugeben.

....

Datum Unterschrift

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:
Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Landratsamt
Sozial- und Ausländeramt
Referat Eingliederungs- und Behindertenhilfe
Referatsleiter/in
Hausanschrift: 01705 Freital, Dresdner Straße 107
Postanschrift: 01782 Pirna, Postfach 10 02 53/54
Telefon: 03501 515-2230
E-Mail: schwerbehindertenrecht@landratsamt-pirna.de

2. Kontaktdaten Datenschutzbeauftragte/n

Hausanschrift: 01796 Pirna, Schloßhof 2/4 (Haus EF)
Postanschrift: 01782 Pirna, Postfach 10 02 53/54
Telefon: 03501 515-1050
E-Mail: datenschutz@landratsamt-pirna.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 an Ihre behandelnden Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten sowie an Gutachter, private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Einrichtungen, Gerichte, 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

Medizinische Auskünfte und Unterlagen werden 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, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist.

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 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

Sie haben das Recht sich mit einer Beschwerde an o. g. Datenschutzbeauftragte/n oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die örtlich zuständige Behörde ist:
Der Sächsische Datenschutz- und Transparenzbeauftragte
Hausanschrift: Maternistraße 17, 01067 Dresden
Postanschrift: Postfach 11 01 32, 01330 Dresden
Telefon: 0351 85471-101
E-Mail: post@sdtb.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, 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.