

Anschrift Landratsamt Sächsische Schweiz-Osterzgebirge Sozial- und Ausländeramt, Ref. EGBH PF 10 02 53/54, 01782 Pirna	Aktenzeichen	Eingangsstempel
---	--------------	-----------------

Antrag

auf Leistungen nach dem Gesetz über die Gewährung von Landesblindengeld und anderer Nachteilsausgleiche

Füllen Sie den Antrag bitte vollständig und in Blockschrift aus und senden Sie auch die anliegende Einverständniserklärung ausgefüllt und unterschrieben mit ein. Ausländische Mitbürger - aus dem nicht EU-Ausland - reichen bitte die von der Ausländerbehörde ausgefüllte Bescheinigung mit ein. Zusätzlich können Sie dem Antrag medizinische Unterlagen beifügen, die Ihnen vorliegen. Fehlende Unterlagen fordern wir von Amts wegen entsprechend der vorliegenden Einverständniserklärung bei Ärzten, Krankenhäusern und Reha-Kliniken usw. nach.

Entsprechend der §§ 60ff SGB I sind Sie zur Mitwirkung verpflichtet. Sollten Sie nicht mitwirken, kann die Feststellung einer möglichen Behinderung ggf. bis zur Nachholung der Mitwirkung nicht vorgenommen werden.

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

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Die mit einem Stern (*) gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt sein.

Ich beantrage die Gewährung von Leistungen nach dem Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG) wegen:*

- Blindheit hochgradiger Sehbehinderung Gehörlosigkeit Schwerstbehinderung des Kindes
 Taubblindheit (Merkzeichen TBI nach dem SGB IX)

Angaben zur Person

Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname*	
Geburtsdatum*	Geburtsort
Telefonisch erreichbar unter (freiwillige Angabe)	E-Mail Adresse (freiwillige Angabe)
Wohnanschrift*	
Staatsangehörigkeit*	
Geschlecht: * <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> ohne Angabe	

Bei Minderjährigen bzw. bei Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen Vertreters bzw. Betreuers angeben und Betreuungsurkunde vorlegen. Bevollmächtigte Personen bitte ebenfalls hier eintragen und die entsprechende Vollmacht beifügen.

Name, Vorname
Anschrift

Ärztliche Behandlungen wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen

Name und Anschrift des Hausarztes*

Name und Anschrift des Hausarztes*		
------------------------------------	--	--

In der folgenden Tabelle machen Sie bitte Angaben über die fachärztliche Behandlung in den letzten 2 Jahren (ohne Krankenhausbehandlung und Kuren).

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

In der folgenden Tabelle machen Sie bitte Angaben über Krankenhausaufenthalte in den letzten 2 Jahren.

Behandlung von - bis	stationär	Name und Anschrift des Krankenhauses	wegen folgender Gesundheitsstörungen
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

In der folgenden Tabelle machen Sie bitte Angaben über Kurbehandlungen in den letzten 2 Jahren.

von - bis	Name und Anschrift der Kuranstalt	Kostenträger	wegen folgender Gesundheitsstörungen

Name und Anschrift des Arztes, der den Krankenhaus- bzw. Kurabschlussbericht erhielt

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

Angaben zur Pflegeversicherung und gewährter Leistungen

Ein Pflegegrad*

- des Grades seit
 wurde beantragt,
 wurde abgelehnt (**Ablehnung beifügen**)
 es wurde kein Antrag gestellt

Name der Krankenkasse*	
Name der Pflegekasse (wenn nicht identisch mit der Krankenkasse)	
Anschrift*	
Mitgliedsnummer der Krankenkasse*	
Datum der Untersuchung*	Pflegegutachten vom (Gutachten beifügen - auch bei Ablehnung)*

Erhaltene Leistungen der Pflegeversicherung*

- Ich erhalte **keine Leistungen** der Pflegeversicherung (SGB XI) bzw. habe derartige Leistungen auch **nicht beantragt**.
- Ich habe Leistungen der Pflegeversicherung beantragt.
- Ich erhalte **folgende Leistungen** der Pflegeversicherung (SGB XI)

nach Pflegegrad	Leistungsart	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> häusliche/ambulante Pflege (§ 36 SGB XI)	<input type="checkbox"/> stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Pflegegeld (§ 37 SGB XI)	<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI)	<input type="checkbox"/> Pflege in vollstationärer Einrichtung d. Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI i.V.m. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI)
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	<input type="checkbox"/> besondere Wohnform (§ 42a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XII)
<input type="checkbox"/> 5		

Angaben zum Bezug anderer Sozialleistungen

Ich erhalte folgende andere Sozialleistungen bzw. habe derartige Leistungen beantragt :	Stelle, Aktenzeichen	
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	
Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII).	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Leistungen anderer Bundesländer nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit, Taubblindheit oder als schwerstbehindertes Kind.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ausländische Leistungen anderer Länder (z.B Ukraine) nach den dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit, Taubblindheit oder als schwerstbehindertes Kind	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Aufenthalt in Heimen, Anstalten oder vergleichbaren Einrichtungen

Liegt derzeit eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Rehabilitationseinrichtung, besondere Wohnform nach § 42a Abs. 2 Satz 1 Nr.2 SGB XII o.ä.) vor oder ist eine solche Unterbringung beabsichtigt?*

Ja

Nein

Falls eine derartige (Heim) Unterbringung vorliegt bitte diese Bestätigung ausfüllen lassen

Hiermit wird bestätigt, dass bei:*		
Zu- und Vorname,*		
eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altenheim, Rehabilitationseinrichtung, besondere Wohnform nach § 42a Abs. 2 Satz 1 Nr.2 SGB XII o.ä.) vorliegt oder eine solche Unterbringung beabsichtigt ist		
Name/Anschrift der Einrichtung*		
seit/ab*	öffentlicht-rechtlicher Kostenträger des Aufenthalts:*	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nein		
Name und Anschrift des Kostenträgers:*		
Die Einrichtung wird*		
<input type="checkbox"/> <u>regelmäßig jedes</u> Wochenende für einen Aufenthalt zu Hause verlassen		
<input type="checkbox"/> nie		
<input type="checkbox"/> selten		
<input type="checkbox"/> <u>regelmäßig</u> an Tagen im Monat verlassen.		
<input type="checkbox"/> regelmäßige Heimfahrten in den Ferien (konkrete, gesonderte Beantragung des Zeitraumes erforderlich)		
Unterschrift/Stempel der Einrichtung		

Bescheinigungen zur Beantragung von Leistungen nach dem LBlindG (falls Wohnort in 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* <input type="checkbox"/> Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> Nebenwohnsitz.
ein Zuzug erfolgte*	am	Vom früheren Wohnort in (bitte Ort oder Postleitzahl angeben)*
Datum	Unterschrift/Stempel der Meldebehörde	

Anspruchsvoraussetzungen nach dem EU-Recht

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

Beschäftigungsverhältnis in Sachsen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beschäftigungsland/-ort:	
Arbeitgeber: (Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers vorlegen)	
Entsandter (Beschäftigung für ein deutsches Unternehmen im Ausland)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Land/Ort der Entsendung:	
Arbeitgeber: (Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers vorlegen)	

Ich erhalte im Beschäftigungsland folgende andere Sozialleistungen oder habe diese beantragt:
(Bitte Bewilligungsbescheid beifügen)

<input type="checkbox"/> Leistungen der Kriegsopfersorgung, Gewaltopfersorgung oder andere vergleichbare Leistungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder vergleichbare Leistungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Leistungen des Beschäftigungslandes nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit, Taubblindheit oder vergleichbare Leistungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angaben zur Bankverbindung

Zustehende Leistungen sollen auf das folgende Konto überwiesen werden:*

<input type="checkbox"/> eigenes Konto	<input type="checkbox"/> gemeinsames Konto	<input type="checkbox"/> Fremdkonto (bitte Kontoinhaber angeben)								
Kontoinhaber*										
BIC/SWIFT-Code bei (Geldinstitut)										
IBAN*										
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										

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.

Allgemeine Hinweise

1. **Die erhobenen Daten werden elektronisch gespeichert**
2. 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.
3. **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**.
4. Ich nehme zur Kenntnis, dass medizinische Auskünfte und Unterlagen, die die Verwaltung im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB IX 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. Die erhobenen Daten werden elektronisch gespeichert.**

Ich widerspreche der Datenübermittlung an andere Leistungsträger.

5. **Dem Antrag ist ergänzend das Informationsblatt zum Datenschutz nach der EU-DSGVO beigelegt.**

Datum	Unterschrift des/der <input type="checkbox"/> Antragstellers <input type="checkbox"/> Bevollmächtigten (bitte Vollmacht beifügen) <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Betreuers
-------	---

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.

Als Unterlagen sind beigelegt:

- Vollmacht
- Bestallungsurkunde
- Ärztliche Unterlagen
- Kopie Personalausweis/Reisepass

Name	Aktenzeichen
------	--------------

Einwilligungs- und Schweigepflichtsentbindungserklärung

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 **Einwilligungs- und Schweigepflichtsentbindungserklärung**.

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

Im Zusammenhang mit meinem Antrag auf Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht erkläre ich mich damit einverstanden, dass

- die für das Feststellungsverfahren nach dem SGB IX und dem LBlindG zuständige Behörde die **für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlichen Auskünfte und Unterlagen** einschließlich psychiatrischer, psychoanalytischer und psychotherapeutischer Untersuchungen/ Behandlungen **bei den von mir in diesem Antrag benannten Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachtern, Heilpraktikern und sonstigen Heilbehandlern, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheimen, Schulen, Werkstätten für behinderte Menschen, gesetzlichen sowie privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern, Berufsgenossenschaften und Behörden, einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir in diesem Antrag benannten Stellen, Einrichtungen, Gerichten und Behörden, einholt und die damit verbundenen personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, zu diesem Zweck verarbeitet**. Dies gilt für alle Ärzte sowie Psychologen, die ich im Antrag angegeben habe oder noch benennen werde oder die sich aus Unterlagen ergeben, die ich eingereicht habe oder noch einreichen werde.

Folgende Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachter, Unternehmen, Einrichtungen und Gerichte schließe ich ausdrücklich von dieser Erklärung aus:

Folgende Unterlagen schließe ich ausdrücklich von dieser Erklärung 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 des/der <input type="checkbox"/> Antragstellers <input type="checkbox"/> Bevollmächtigten (bitte Vollmacht beifügen) <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Betreuers
-------	---

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

Der/die Antragsteller/in hält sich rechtmäßig im Bundesgebiet auf. Er/sie ist im Besitz einer/s:

- Niederlassungserlaubnis (§ 9 AufenthG)
- Erlaubnis zum Daueraufenthalt EU (§ 9a AufenthG)
- Blaue Karte EU (§ 18b Abs. 2 AufenthG)
- ICT-Karte (§ 19 AufenthG)
- Mobile ICT-Karte (§ 19 b AufenthG)
- nationalen Visums (§ 6 Abs. 3 AufenthG) (Aufenthaltszweck: _____)
- Schengen-Visums (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 AufenthG)
- 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 Familienangehörige mit Drittstaatsangehörigkeit (des Unionsbürgers)
- Aufenthaltserlaubnis nach § _____ AufenthG
 - gültig seit _____
 - gültig bis _____
 - sonstige Hinweise zur Aufenthaltserlaubnis
- Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylG)

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: _____
- sonstige Aufenthaltstitel bzw. anderer Nachweis gültig bis: _____

Erwerbstätigkeit ist erlaubt (falls nicht bereits im Aufenthaltstitel vermerkt): ja nein

Datum

Unterschrift, Stempel

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	Abt. Soziale Leistungen SG Schwerbehinderteneigenschaft/ Landesblindengeld PF 12 00 20 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 Brauhäusstraße 8 04552 Borna
Landkreis Nordsachsen Landratsamt	Sozialamt 04855 Torgau

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Stadt Chemnitz	Datenschutzbeauftragte(r)	datenschutz@stadt-chemnitz.de
Landeshauptstadt Dresden	Datenschutzbeauftragte(r)	datenschutzbeauftragter@dresden.de
Stadt Leipzig	Datenschutzbeauftragte(r)	datenschutzbeauftragter@leipzig.de
Landkreis Erzgebirgskreis	Datenschutzbeauftragte(r)	datenschutz@kreis-erz.de
Landkreis Mittelsachsen	Datenschutzbeauftragte(r)	datenschutz@landkreis-mittelsachsen.de
Landkreis Vogtlandkreis	Datenschutzbeauftragte(r)	datenschutz@vogtlandkreis.de
Landkreis Zwickau	Datenschutzbeauftragte(r)	datenschutz@landkreis-zwickau.de
Landkreis Bautzen	Datenschutzbeauftragte(r)	datenschutz@lra-bautzen.de
Landkreis Görlitz	Datenschutzbeauftragte(r)	datenschutz@kreis-gr.de
Landkreis Meißen	Datenschutzbeauftragte(r)	datenschutzbeauftragter@kreis-meissen.de
Landkreis Sächs. Schweiz/Osterzgebirge	Datenschutzbeauftragte(r)	datenschutz@landratsamt-pirna.de
Landkreis Leipzig	Datenschutzbeauftragte(r)	datenschutzbeauftragter@lk-l.de
Landkreis Nordsachsen	Datenschutzbeauftragte(r)	datenschutzbeauftragter@lra-nordsachsen.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 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
- die Finanzverwaltung
- andere Organisationseinheiten des Verantwortlichen
- externe Gutachter 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. Dies ist aktuell ein Zeitraum von 15 Jahren nach dem Abschluss der Akte. 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

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.