

Postanschrift:

Landratsamt Erzgebirgskreis
Referat Soziale Hilfen
Paulus – Jenisius - Straße 24
09456 Annaberg-Buchholz

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Änderungsantrag zur Feststellung der **Schwerbehinderten-** **eigenschaft** 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 Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Parkerleichterungen für besondere Gruppen schwerbehinderter Menschen

- die Überprüfung / Neugewährung von Leistungen nach dem **Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG)** wegen
 - 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	
Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt - wenn abweichend vom Hauptwohnsitz -			
Straße, Haus-Nr.		Kreis	
Postleitzahl, Ort		Gemeinde – nur bei Abweichung vom Wohnort angeben	
		<input type="checkbox"/> in Sachsen <input type="checkbox"/> in	
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 <input type="checkbox"/> Ja, für nachfolgende Gesundheitsstörungen	Höhe der festgestellten GdS(=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:
	<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
	<input type="checkbox"/>	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.**)
- TBl (taubblind)

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

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

Anlage BL

Betreuungsurkunde/Betreuerausweis

Bescheinigung der Ausländerbehörde

Ärztliche Unterlagen

.....

Hinweis nach Artikel 13 DSGVO:

Ihre Informationsrechte nach Art. 13 Datenschutzgrundverordnung finden Sie unter www.erzgebirgskreis.de/datenschutz.

Datum

Unterschrift des Antragstellers oder

gesetzlichen Vertreters (Eltern Betreuer Pfleger) Bevollmächtigten

Hinweise zur Ausweisausgabe

Ist aufgrund einer Änderung der Ausweis neu auszustellen, wird dieser von der ausstellenden Behörde nach Aufbringen des Passbildes versandt. Aufgrund des dezentralen Druckes der Schwerbehindertenausweise kann auch bei persönlicher Abgabe des Lichtbildes der Schwerbehindertenausweis nicht mehr sofort ausgehändigt werden.

Einwilligungserklärung

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**.

Diese 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.

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Unterschrift des/der

gesetzl. Vertreter(s)

Bevollmächtigten

Eltern

Betreuer

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:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis | <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis |
| <input type="checkbox"/> Schengen-Visums | <input type="checkbox"/> zum Zweck der Ausbildung (§§ 7, 16, 17 AufenthG) |
| <input type="checkbox"/> nationalen Visums | <input type="checkbox"/> zum Zweck der Erwerbstätigkeit (§§ 7, 18, 18a, 21 AufenthG) |
| (Aufenthaltszweck _____) | <input type="checkbox"/> zur Arbeitsplatzsuche für qualifizierte Fachkräfte (§§ 7, 18c AufenthG) |
| <input type="checkbox"/> Duldung (§ 60a AufenthG) | <input type="checkbox"/> aus völkerrechtlichen Gründen (§§ 7, 22, 23, 23a AufenthG) |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltskarte für Familienangehörige,
die nicht EU-Bürger sind (§ 5 Abs. 1 S. 1 Freizüg/EU) | <input type="checkbox"/> zum vorübergehenden Schutz (§§ 7, 24 AufenthG) |
| <input type="checkbox"/> Bescheinigung über das Daueraufenthaltsrecht (Unionsbürger
und dessen Familienangehörige) | <input type="checkbox"/> aus humanitären Gründen (§§ 7, 25 Abs. 1,2,3,5, 25a, 25b AufenthG) |
| <input type="checkbox"/> Daueraufenthaltskarte für Familienangehörige mit Drittstaats-
angehörigkeit (des Unionsbürgers) | <input type="checkbox"/> für vorübergehenden Aufenthalt (§§ 7, 25 Abs. 4 AufenthG) |
| | <input type="checkbox"/> aus familiären Gründen (§§ 7, 27 ff AufenthG) |
| | <input type="checkbox"/> aufgrund eines Rechtes auf Wiederkehr (§§ 7, 37 AufenthG) |
| | <input type="checkbox"/> für ehemalige Deutsche (§§ 7, 38 AufenthG) |
| | <input type="checkbox"/> Erlaubnis zum Daueraufenthalt EU (§ 9a AufenthG) |
| | <input type="checkbox"/> Blaue Karte EU (§ 19 a AufenthG) |

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 zukunfts offen

sonstiges: _____

Aufenthaltstitel bzw. anderer Nachweis gültig bis: _____

Erwerbstätigkeit ist erlaubt: ja nein

_____ Datum

_____ Unterschrift, Stempel

Anlage BI

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

<input type="checkbox"/> Ich erhalte folgende Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) bzw. habe derartige Leistungen beantragt :		
Pflege-Stufe bis 31.12.2016	Leistungsart	
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)	<input type="checkbox"/> stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)
	<input type="checkbox"/> Pflegegeld (§ 37 SGB XI)	<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)
	<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"/> Sonstige Leistungen (Leistung bitte angeben)
Pflegegrade ab 01.01.2017		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) <input type="checkbox"/> Pflegegeld (§ 37 SGB XI) <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	<input type="checkbox"/> stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) <input type="checkbox"/> Pflege in vollstationärer Einrichtung der Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI) <input type="checkbox"/> Sonstige Leistungen (Leistung bitte angeben)
<input type="checkbox"/> 2		
<input type="checkbox"/> 3		
<input type="checkbox"/> 4		
<input type="checkbox"/> 5		
<input type="checkbox"/> 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.	<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?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls eine Heimunterbringung vorliegt, bitte nachfolgende Bestätigung ausfüllen lassen			
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: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name/Anschrift des Kostenträgers:	Die Kosten des Aufenthalts werden <input type="checkbox"/> in vollem Umfang <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nicht vom Antragsteller selbst getragen.	
		<input type="checkbox"/> Die Pflegeversicherung trägt die Kosten als Leistung zur vollstationären Pflege nach <input type="checkbox"/> § 43 SGB XI <input type="checkbox"/> § 43a SGB XI <input type="checkbox"/> Sonstige Leistungstragung <input type="checkbox"/> Angabe der gesetzlichen Grundlage:	
Die Einrichtung wird <u>regelmäßig jedes</u> Wochenende für einen Aufenthalt zu Hause verlassen ?			
<input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein, die Einrichtung wird <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> <u>regelmäßig</u> an Tagen (Anzahl)/Monat verlassen			
<input type="checkbox"/> regelmäßige Heimfahrten in den Ferien <input type="checkbox"/> Ja (konkrete, gesonderte Beantragung des Zeitraumes erforderlich) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> Nebenwohnsitz.	
Ein Zuzug erfolgte	am	von <small>früherer Wohnort, Bundesland/Land</small>	
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	<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: (Bewilligungsbescheid beifügen)		
<input type="checkbox"/> Leistungen der Kriegsopferversorgung, Gewaltopferversorgung 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 oder vergleichbare Leistungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>
	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:

<input type="checkbox"/> eigenes Konto	<input type="checkbox"/> gemeinsames Konto	<input type="checkbox"/> Fremdkonto (bitte Kontoinhaber angeben)
Kontoinhaber		
Kontonummer	bei (Geldinstitut)	Bankleitzahl
IBAN	BIC/SWIFT-Code	
<p>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.</p>		
..... Datum	 Unterschrift