

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

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Zutreffendes ankreuzen  oder ausfüllen

# Antrag auf Feststellung der **Schwerbehinder-** **teneigenschaft** und Gewährung von Leistungen nach dem **Landesblindengeldgesetz** (Erstantrag)

Ich beantrage

die Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung (GdB) und die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises nach **§ 152 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)**. Der Feststellungsantrag

erstreckt sich auf alle vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen,  
 beschränkt sich auf die in diesem Antrag aufgeführten Funktionsbeeinträchtigungen (Beschränkung).

die Feststellung der gesundheitlichen Merkmale (**Merkzeichen**), die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen nach dem SGB IX oder nach anderen Vorschriften sind.

Die Feststellung soll erfolgen  ab Antragseingang  rückwirkend ab

Gründe für die rückwirkende Feststellung sind:

die Ausstellung einer Steuerbescheinigung, falls der festgestellte GdB unter 50 liegt.

die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Parkerleichterungen für besondere Gruppen schwerbehinderter Menschen

nur die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises, weil eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung schon in einem Rentenbescheid oder einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung getroffen ist.

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

Blindheit  hochgradiger Sehbehinderung  Gehörlosigkeit i. S. des LBlindG  Schwerstbehinderung des Kindes

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

(Bitte 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	
		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	Geburtsort	Kreis, Land	
<b>Wohnsitz</b> oder gewöhnlicher Aufenthalt - wenn abweichend vom Hauptwohnsitz -			
Straße, Haus-Nr.			
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	

Staatsangehörigkeit

**Ausländer** bitte eine amtliche Bescheinigung über den Aufenthaltstitel beifügen oder beiliegende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen und unterzeichnen lassen.

**Grenzarbeiter** - ausländischer Arbeitnehmer - bitte Arbeitsbescheinigung des derzeitigen Arbeitgebers und Bescheinigung über die Arbeiterlaubnis des zuständigen Arbeitsamtes - soweit erforderlich - oder Ausweis über den kleinen Grenzverkehr beifügen.

Ich bin selbst **freizügigkeitsberechtigter Unionsbürger** (§ 2 FreizügG):  ja  nein

Ich bin Unionsbürger und Familienangehöriger eines **freizügigkeitsberechtigten Unionsbürgers**:  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

### Nur Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises aufgrund anderweitiger Feststellungen

Hat ein/das Versorgungsamt oder eine andere Verwaltungsbehörde, ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht bereits einmal eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit/MdE/ den Grad der Schädigungsfolgen(GdS) getroffen oder besitzen Sie eine vorläufige Bescheinigung von einer dieser Stellen oder läuft ein entsprechendes Verfahren?

- Nein  
 Ja, für nachfolgende Gesundheitsstörungen

Höhe des festgestellten MdE/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 Funktionsbeeinträchtigungen geltend machen wollen oder wenn Sie Merkzeichen beantragen.

### Angaben über gesundheitliche Funktionsbeeinträchtigungen

Welche nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen werden von Ihnen geltend gemacht?

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**)  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.KI.**)  
 TBI (taubblind)

## Angaben über ärztliche Behandlungen wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

--

Fachärztliche Behandlung in den letzten 5 Jahren - ohne Krankenhausbehandlung und Kuren -

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

Krankenhausbehandlung in den letzten 5 Jahren

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

Kurbehandlung in den letzten 5 Jahren

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

Welcher Arzt erhielt den Krankenhaus- bzw. Kurabschlussbericht?

--

Seine Anschrift lautet:

--

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

Bitte senden Sie auch die sich in Ihren Händen befindlichen medizinischen Unterlagen mit ein. Dabei sollen ärztliche Befundunterlagen nicht älter als 5 Jahre sein und im Zusammenhang mit den von Ihnen geltend gemachten Beeinträchtigungen stehen.

Zugehörigkeit zur Pflegekasse (Angabe nur erforderlich, wenn dort ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wurde)

Name und Anschrift der Pflegekasse	Mitgliedsnummer

### Ausweisausgabe

Die Ausweise werden 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.

## Allgemeine Hinweise (einschließlich Anlage BI)

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 beigelegt:

Vollmacht

Betreuungsurkunde/Betreuerausweis

Bescheinigung der Ausländerbehörde

Anlage BL

Ärztliche Unterlagen

.....

Hinweis nach Artikel 13 DSGVO:

Ihre Informationsrechte nach Art. 13 Datenschutzgrundverordnung finden Sie unter [www.erzgebirgskreis.de/datenschutz](http://www.erzgebirgskreis.de/datenschutz).

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers oder

gesetzlichen Vertreters (  Eltern  Betreuer  Pfleger )  Bevollmächtigten

Name: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

## 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,<br>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<br>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-<br>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"/> Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylG)   | <input type="checkbox"/> Erlaubnis zum Daueraufenthalt EU (§ 9a AufenthG)                        |
|   | <input type="checkbox"/> Blaue Karte EU (§ 19 a AufenthG)  |

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 <b>erhalte</b> folgende <b>Leistungen der Pflegeversicherung</b> (SGB XI) bzw. habe derartige <b>Leistungen beantragt</b> ::		
Pflege-Stufe bis 31.12.2016	<b>Leistungsart</b>	
<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 <b>keine Leistungen</b> der Pflegeversicherung (SGB XI) bzw. habe derartige Leistungen auch <b>nicht beantragt</b>		

#### 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 <b>erhalte</b> folgende <b>andere Sozialleistungen</b> bzw. habe derartige <b>Leistungen beantragt</b> :		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
<b>Falls eine Heimunterbringung vorliegt, bitte nachfolgende Bestätigung ausfüllen lassen</b>		
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 <b>Kosten des Aufenthalts</b> werden <input type="checkbox"/> in vollem Umfang <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nicht <b>vom Antragsteller selbst</b> getragen.  <input type="checkbox"/> Die <b>Pflegeversicherung</b> 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