

Eingangsstempel

Aktenzeichen

► **Hinweis:**  
 Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und Zutreffendes Ankreuzen.  
 Bei Rückfragen erhalten Sie Auskunft unter Telefon 123-4000 oder per E-Mail unter sozialamt@leipzig.de.

## Änderungsantrag zur Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft und zur Gewährung von Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz

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 Parkerleichterung für besondere Gruppen schwerbehinderter Menschen

- die Überprüfung / Neugewährung von Leistungen nach dem **Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG)** für  Blindheit  hochgradige Sehschwäche  Gehörlosigkeit  Schwerstbehinderung eines Kindes  
**(Bitte 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 <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	Geburtsort	Kreis, Land
Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt - wenn abweichend vom Hauptwohnsitz - Straße, Haus-Nr.		Kreis
Postleitzahl, Ort <input type="checkbox"/> in Sachsen <input type="checkbox"/> in .....		Gemeinde – nur bei Abweichung vom Wohnort angeben
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	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
<input type="checkbox"/> Ja, für nachfolgende Gesundheitsstörungen			

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.

### Verschlimmerung von Gesundheitsstörungen

Welche Gesundheitsstörungen haben sich verschlimmert?

Wie äußert sich die Verschlimmerung?


### Neue gesundheitliche Funktionsbeeinträchtigungen

	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
		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.**)

### Angaben über ärztliche Behandlungen wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

#### Ärztliche Behandlung wegen der Funktionsbeeinträchtigung seit der letzten Feststellung

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

#### Krankenhausbehandlung seit der letzten Feststellung

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

#### Kurbehandlung seit der letzten Feststellung

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.**

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

Name und Anschrift der Pflegekasse	Mitgliedsnummer

**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 beigefügt:

- Vollmacht
- Bestallungsurkunde
- Kopie Personalausweis (nur erforderlich bei Landesblindengeldantrag)
- Anlage BL**
- Ärztliche Unterlagen
- .....

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers oder der/des  
 gesetzlichen Vertreters (  Eltern  Betreuer  Pfleger )  Bevollmächtigten

## Einwilligungserklärung

Zur Durchführung des Feststellungsverfahrens und der Entscheidung nach dem LBlindG ist es erforderlich, Unterlagen beizuziehen, die Auskunft über Ihren Gesundheitszustand oder über gewährte Sozialleistungen geben können (§67a SGB X). Sollten Sie die Einwilligung zur Beiziehung der Unterlagen verweigern, kann über Ihren Anspruch nach diesem Antrag nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden. Deshalb benötigen wir von Ihnen **nachfolgende Einwilligungserklärung**.

Ich bin vorbehaltlich nachfolgender Erklärung damit **einverstanden**, dass das Sozialamt der Stadt Leipzig im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages von Gerichten, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und anderen Leistungsträgern - welche ich im Antrag angegeben habe oder die aus den von mir überlassenen Unterlagen ersichtlich sind - medizinische Unterlagen aller Art und Akten **beizieht**, die für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt werden.

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

**Folgende Ärzte, Psychologen und Gutachter bzw. Einrichtungen 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 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 dem Sozialamt der Stadt Leipzig 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 der Antragstellerin / des Antragstellers oder der/des

gesetzlichen Vertreters (  Eltern  Betreuer  Pfleger )  Bevollmächtigten

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

# 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:

Pflegestufe	Leistungsart	
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> häusliche/ambulante Pflege (§ 36 SGB XI)	<input type="checkbox"/> stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)
<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> Pflegegeld (§ 37 SGB XI)	<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)
<input type="checkbox"/> III	<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"/>

Meine zuständige Pflegekasse ist die

<input type="checkbox"/> AOK	<input type="checkbox"/> DAK	<input type="checkbox"/> Barmer GEK	<input type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> _____
------------------------------	------------------------------	-------------------------------------	------------------------------	--------------------------------

Ich erhalte keine Leistungen der Pflegeversicherung bzw. habe derartige Leistungen auch nicht beantragt.

#### 1.2. 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 UntAbschIG 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?  Ja  Nein

Falls eine Heimunterbringung vorliegt, bitte umseitige Bestätigung ausfüllen lassen.

# Anlage BI

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

Name/Anschrift des Kostenträgers  
(öffentlich-rechtlicher Kostenträger des Aufenthalts)

Die **Kosten des Aufenthalts** werden

in vollem Umfang

teilweise

nicht

**von der Antragstellerin / vom Antragsteller selbst** getragen.

Die **Pflegeversicherung** trägt die Kosten als Leistung zur vollstationären Pflege

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

Ja  Nein, die Einrichtung wird  nie  selten  regelmäßig an ..... Tagen/Monat verlassen.

Datum

Unterschrift / Stempel 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

# Anlage BI

## 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 das Sozialamt der Stadt Leipzig 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

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 der Antragstellerin / des Antragstellers oder der/des
	<input type="checkbox"/> gesetzlichen Vertreters ( <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Pfleger ) <input type="checkbox"/> Bevollmächtigten