

Stadt Leipzig
Sozialamt
Abt. 50.6
Feststellung Schwerbehinderteneigenschaft/Landesblindengeld
04092 Leipzig

Eingangsstempel

Aktenzeichen

Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft und Gewährung von Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz (Erstantrag)

► **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.

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

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 Arbeitserlaubnis des zuständigen Arbeitsamtes - soweit erforderlich - oder Ausweis über den kleinen Grenzverkehr beifügen.
---------------------	---

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

Ich beantrage

die Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung (GdB) und die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises nach **§ 69 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (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 Sehschwäche Gehörlosigkeit Schwerstbehinderung des Kindes
(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.

Nur Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises auf Grund 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?

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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 Dienstunfall (einschl. Wegeunfall); Berufskrankheit
<input type="checkbox"/>	4= Verkehrsunfall soweit nicht Arbeits- oder Dienstunfall (2)
<input type="checkbox"/>	5= häuslicher Unfall soweit nicht Arbeits- oder Dienstunfall (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.Kl.**)

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	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 2 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

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

Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers oder der/des

gesetzlichen Vertreters (Eltern Betreuer Pfleger) Bevollmächtigten

Bescheinigung der Ausländerbehörde – nur ausfüllen lassen, wenn die Antragstellerin/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 |
| <input type="checkbox"/> nationalen Visums
(Aufenthaltszweck: _____) | <input type="checkbox"/> zum Zweck der Erwerbstätigkeit (§§ 7, 16, 17 AufenthG) |
| <input type="checkbox"/> Duldung (§ 60a AufenthG) | <input type="checkbox"/> aus völkerrechtlichen Gründen (§ 7, 22, 23, 23a AufenthG) |
| <input type="checkbox"/> Bescheinigung für einen Freizügigkeitsberechtigten | <input type="checkbox"/> zum vorübergehenden Schutz (§ 7, 24 AufenthG) |
| <input type="checkbox"/> Bescheinigung für ein Familienmitglied eines Freizügigkeitsberechtigten (§ 5 Abs. 1 Freizüg/EU) | <input type="checkbox"/> aus humanitären Gründen (§§ 7, 25 Abs. 1,2,3,5 AufenthG) |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis-EU für Familienmitglieder, die nicht EU-Bürger sind (§ 5 Abs. 2 Freizüg/EU) | <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 AsylVfG) | <input type="checkbox"/> Erlaubnis zum Daueraufenthalt EU (§ 9a 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

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.

<hr/>	<hr/>
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**:

Pflege- stufe	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