

Anschrift

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft (Erstantrag)

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

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 (bei Beantragung der Rückwirkung **unbedingt** angeben):

- die Ausstellung einer Steuerbescheinigung, falls der festgestellte GdB unter 50 liegt.
 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 gleichzeitiger Gehörlosigkeit i.S. des LBlindG

(Bitte Antrag auf Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz ausfüllen!)

Angaben zur Person

Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum	Geburtsort
Telefonisch erreichbar unter (freiwillige Angabe)	E-Mail Adresse (freiwillige Angabe)
Wohnadresse	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
derzeit erwerbstätig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Arbeitsplatz derzeit akut gefährdet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
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	

Hinweise für ausländische Mitbürger/Freizügigkeitsberechtigte

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, Bescheinigung über die Arbeitserlaubnis des zuständigen Arbeitsamtes - soweit erforderlich - oder Grenzgängerkarte (§ 12 AufenthV) vorlegen.

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

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

Name und Anschrift Ihrer derzeitigen Kranken- /Pflegeversicherung	Mitgliedsnummer

Angaben anderweitige Entscheidung

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 der/s festgestellten MdE/GdS	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.

Angaben über gesundheitliche Funktionsbeeinträchtigungen

Nachfolgende Fragen brauchen Sie nur dann zu beantworten, wenn keine anderweitige Entscheidung getroffen wurde oder Sie weitere Funktionsbeeinträchtigungen geltend machen wollen oder wenn Sie Merkzeichen beantragen.

Ursachen der Behinderung (bitte die jeweilige Ziffer in die vorherige Tabelle eintragen)

- 1= angeborene Ursache
- 2= Arbeits- oder Dienstunfall (einschließlich Wegeunfall), Berufskrankheit
- 3= Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeits- oder Dienstunfall nach Nr. 2
- 4= häuslicher Unfall, soweit nicht Arbeits- oder Dienstunfall nach Nr. 2
- 5= sonstiger Unfall
- 6= Kriegs-, Wehrdienst oder Zivildienstschädigung, Impf-, Haft-, Gewalttat oder Verfolgungsschaden
- 7= krankheitsbedingte Ursache
- 8= sonstige Ursache

Nr.	Welche nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen seelischen oder Sinnesbeeinträchtigungen, die mindestens 6 Monate andauern, werden von Ihnen geltend gemacht	Ursache (siehe Legende Nr. 1-8)

Angaben über ärztliche Behandlungen wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen

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

Bei Diabetes mellitus

Führen Sie ein Blutzuckertagebuch?

Ja

Nein

Bei Hörbehinderung

Wurde vom Hörakustiker ein Sprachaudiogramm gefertigt?

Ja

Nein

Bei Gehbehinderung

Benutzen Sie beim Verlassen des Hauses einen Rollstuhl?

Ja

Nein

Merkzeichen

Infolge meiner Gesundheitsstörungen bin ich meiner Meinung nach

- blind (BL)
- gehörlos (GL)
- hilflos (H)
- 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
- taubblind (TBI)
- bei Reisen mit der Deutschen Bahn AG wegen Schädigungsfolgen im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes / Bundesentschädigungsgesetzes auf die Unterbringung in der 1. Wagenklasse angewiesen (1.KI.)

Angaben zur Pflegeversicherung und gewährter Leistungen

Ein Pflegegrad

- des Grades liegt vor seit
- wurde beantragt,
- wurde abgelehnt (**Ablehnung beifügen**)

Name der Pflegekasse

Anschrift

Mitgliedsnummer der Krankenkasse

Datum der Untersuchung

Pflegegutachten vom..... (Gutachten beifügen)

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 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.

Dem Antrag ist ergänzend das Informationsblatt zum Datenschutz nach der EU-DSGVO beigefügt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Informationen.

Die erhobenen Daten werden elektronisch gespeichert

Als Unterlagen sind beigefügt:

- Blutzuckertagebuch
- Vollmacht
- Bestallungsurkunde
- Ärztliche Unterlagen
- Kopie Personalausweis/Reisepass (bei Unionsbürgern)
- Kopie Personalausweis (bei Landesblindengeldantrag)

Datum

Unterschrift des Antragstellers oder

Bevollmächtigten (bitte Vollmacht beifügen)

gesetzlichen Vertreter(s)

Eltern

Betreuer

Hinweis: 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.

Hinweis zur Ausgabe des Schwerbehindertenausweises

Die Ausweise werden von der zuständigen Behörde nach Anbringen des Passbildes nur noch per Post versandt. Aufgrund des zentralen Druckes der Schwerbehindertenausweise, kann auch bei persönlicher Abgabe des Passbildes die Aushändigung des Schwerbehindertenausweises nicht sofort erfolgen.

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 Rehabilitations-einrichtungen, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Schulen, Werkstätten für Behinderte 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.

Ich bestätige die Kenntnisnahme des Informationsblattes zum Datenschutz nach der EU-DSGVO.

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:

- 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 zukunfts offen
- 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	Landeshauptstadt Dresden SGB IX/LBlindG PF 120020 01001 Dresden
Stadt Leipzig Sozialamt	Stadt Leipzig 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	Amt für Jugend und Soziales 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	Landratsamt SGB IX/LBlindG PSF 300152 02806 Görlitz
Landkreis Meißen Landratsamt	Landratsamt Meißen Kreissozialamt PF 100152 01651 Meißen
Landkreis Sächs. Schweiz/OE Landratsamt	Referat Eingliederungs- und Behindertenhilfe Dresdner Straße 107 01705 Freital
Landkreis Leipzig Landratsamt	Sozialamt Brauhausstraße 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)	AGagelmann@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
- andere Organisationseinheiten 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. 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:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter
Postfach 11 01 32
01330 Dresden
Tel.: 0351/85471 101
Fax: 0351/85471 109
E-Mail: saechsdsb@st.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.