Antragskopie Nachteilsausgleiche

Allgemeine Angaben

Allgemeine Angaben

Antragsart *	Erstantrag
Antragstellung als *	Anspruchsberechtigte Person
Was möchten Sie beantragen? *	☐ Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung (GdB) und die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises nach § 152 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) ☐ Feststellung der gesundheitlichen Merkmale (Merkzeichen), die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen nach dem SGB IX oder nach anderen Vorschriften sind ☐ Übernahme der Entscheidung der Berufsgenossenschaft bzw. einer anderen Behörde unter Verzicht auf weitere Feststellungen ☑ Leistungen nach dem Landesblindengesetz

Leistungen nach dem Landesblindengesetz

Die Gewährung von Leistungen nach dem Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG) wird beantragt wegen *	☐ Blindheit ☐ Hochgradiger Sehbehinderung ☐ Gehörlosigkeit ☐ Schwerstbehinderung des Kindes ☑ Taubblindheit
Aktenzeichen Feststellungsbescheid	xy123
Ausstellende Behörde	Sozialamt Leipzig

Persönliche Daten

Daten der anspruchsberechtigten Person

Anrede	
Titel	
Vorname *[BundID]*	ERIKA
Nachname *[BundID]*	MUSTERMANN
Straße und Hausnummer *[BundID]*	HEIDESTRAßE 17
Hausnummern- / Adresszusatz	
Postleitzahl *[BundID]*	51147
Ort *[BundID]*	KÖLN
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	
Geburtsdatum *[BundID]*	12.08.1984
Geburtsort *[BundID]*	BERLIN
Staatsangehörigkeit *	Deutsch
Geschlecht *	Weiblich

Sind Sie erwerbstätig? *	Nein
Steuerliche Identifikationsnummer *	99999999999

Funktionsbeeinträchtigungen und ärztliche Behandlungen

Aufgrund Ihrer Angaben sind in diesem Abschnitt keine weiteren Angaben notwendig.

Kranken- und Pflegeversicherung sowie gewährte Leistungen

Kranken- und Pflegeversicherung

Welche Krankenversicherung liegt vor? *	Gesetzliche Krankenversicherung
Versichertennummer bei der Krankenkasse	123456789
Wo sind Sie versichert? *	AOK Plus Pflegekasse, 04087 Leipzig

Pflegegrad

Ein Pflegegrad	Wurde nicht beantragt

Leistungen der Pflegeversicherung

Wurden Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) genehmigt bzw. wurden derartige Leistungen beantragt? *	Nein
Liegt derzeit eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Rehabilitationseinrichtung, besondere Wohnform nach § 42a Abs. 2 Satz 1 Nr.2 SGB XII o.ä.) vor oder ist eine solche Unterbringung beabsichtigt? *	Ja

Bezug anderer Sozialleistungen

Wurden 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 genehmigt bzw. beantragt? *	Nein
Wurden Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) genehmigt bzw. beantragt? *	Nein
Wurden Leistungen anderer Bundesländer nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit, Taubblindheit oder als schwerstbehindertes Kind genehmigt bzw. beantragt? *	Nein

Anspruchsvoraussetzungen nach dem EU-Recht / Leistungsbezug Ausland

Anspruchsvoraussetzungen nach dem EU-Recht / Leistungsbezug Ausland

Besteht ein Beschäftigungsverhältnis in Sachsen? *	Nein
Besteht ein Beschäftigungsverhältnis im EU/EWR-Ausland? *	Nein
Besteht eine Beschäftigung für ein deutsches Unternehmen im Ausland? *	Nein

Bezug anderer Sozialleistungen im Ausland

Wurden im Ausland Leistungen der Kriegsopferversorgung, Gewaltopferversorgung oder andere vergleichbare Leistungen genehmigt oder beantragt? *	Nein

Wurden im Ausland Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder vergleichbare Leistungen genehmigt oder beantragt? *	Nein
Wurden im Ausland Leistungen nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit, Taubblindheit oder vergleichbare Leistungen genehmigt oder beantragt? *	Nein

Bankverbindung

Bankverbindung

Sind Sie die kontoinhabende Person? *	Nein

1. Leistungen nach dem LBlindG können nicht auf Dritte übertragen, verpfändet oder gepfändet werden.

2. Zahlungen für minderjährige Leistungsberechtigte ohne eigenes Konto: Geldleistungen für Minderjährige werden auf ein für den Minderjährigen eingerichtetes Konto überwiesen. Ist ein solches Konto noch nicht eingerichtet, kann die Zahlung auf ein Konto der/des Personensorgeberechtigten (insbesondere zuständig in Angelegenheiten der Vermögenssorge) erfolgen. Zahlungen stehen regelmäßig nicht zu, wenn die Zahlungsempfänger die tatsächliche Personensorge nicht oder nicht mehr ausüben. Änderungen in der Personensorge für den minderjährigen Leistungsberechtigten sind deshalb unverzüglich sowohl vom bisherigen als auch vom neuen Personensorgeberechtigten mitzuteilen. Nicht rechtmäßige Zahlungen zugunsten nicht oder nicht mehr sorgeberechtigter Personen werden zurückgefordert.

Vollständiger Name der kontoinhabenden Person *	Max Mustermann
IBAN *	DE02120300000000202051
BIC	BYLADEM1001
Kreditinstitut	Deutsche Kreditbank Berlin

Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung

Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung

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 Einwilligungs- und Schweigepflichtsentbindungserklärung.

Im Zusammenhang mit meinem Antrag auf Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht erkläre ich mich damit einverstanden, dass die für das Feststellungsverfahren nach dem SGB IX und dem LBlindG zuständige Behörde die für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlichen Auskünfte und Unterlagen einschließlich psychiatrischer, psychoanalytischer und psychotherapeutischer Untersuchungen/ Behandlungen bei den von mir in diesem Antrag benannten Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachtern, Heilpraktikern und sonstigen Heilbehandlern, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheimen, Schulen, Werkstätten für behinderte Menschen, gesetzlichen sowie privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern, Berufsgenossenschaften und Behörden, einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir in diesem Antrag benannten Stellen, Einrichtungen, Gerichten und Behörden, einholt und die damit verbundenen personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, zu diesem Zweck verarbeitet. Dies gilt für alle Ärzte sowie Psychologen, die ich im Antrag angegeben habe oder noch benennen werde oder die sich aus Unterlagen ergeben, die ich eingereicht habe oder noch einreichen werde.	☑
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.	☑

Hinweise

Hinweise

1. Die erhobenen Daten werden elektronisch gespeichert.
2. 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.
3. 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.
4. Die Ausweise werden von der zuständigen Behörde nach Anbringen des Passbildes nur noch per Post versandt. Aufgrund des zentralen Drucks der Schwerbehindertenausweise kann auch bei persönlicher Abgabe des Passbildes die Aushändigung des Schwerbehindertenausweises nicht sofort erfolgen.
5. 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.

Stimmen Sie der Datenübermittlung an andere Leistungsträger zu? *	Ja

Anlagen

Anlagen

Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung *	Test.pdf
Meldebescheinigung	

Hinweis

Sie haben Fragen oder Anmerkungen? Wenden Sie sich gern an:
Sozialamt
Telefonnummer: FEHLER: Telefon in OE nicht gesetzt
E-Mail: FEHLER: Email in OE nicht gesetzt

Prozessdaten

Amt24-Antragsnummer: AZ4V6cZ5dUqc_D2vTb5Tvw
Version: m6000526.KOMM24Landesblindengeld : v3.0.0
Datum: 2026/05/11 09:23:38 Uhr