

Stadtverwaltung / Landratsamt

**Landratsamt Saale-Orla-Kreis - FD
Schwerbehindertenrecht, Sozialhilfe,
Asyl
Oschitzer Straße 4
07907 Schleiz**

Eingangsstempel

Aktenzeichen:

Eingangsstempel der nicht zuständigen Behörde

Antrag auf Gewährung von Sinnesbehindertengeld nach dem Thüringer Sinnesbehindertengeldgesetz (ThürSinnbGG) für

- Blinde Menschen**
- Taubblinde Menschen**
- Gehörlose Menschen**

- Dieser Antrag soll gleichzeitig als Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gemäß § 152 Abs. 1 SGB IX gelten**

Bitte beachten Sie:

Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen nach dem Thüringer Sinnesbehindertengeldgesetz ist der Bescheid nach dem Schwerbehindertenfeststellungsverfahren (SGB IX)

1. Angaben zur Person

Name und Vorname, ggf. Geburtsname ,		Geburtsdatum
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden		
Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt <input type="checkbox"/> in Thüringen <input type="checkbox"/> außerhalb Thüringens		
Straße, Haus-Nr.		
Postleitzahl, Ort	Kreis	
Tagsüber telefonisch erreichbar unter	Staatsangehörigkeit	
Vertretung durch <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Betreuer Bitte Nachweise beifügen		
Name, Vorname	Tel.-Nr.	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort)		

2. Angaben über die Ursache der Behinderung

Die Erblindung / Sehbehinderung / Taubblindheit / Gehörlosigkeit ist zurückzuführen auf

<input type="checkbox"/> angeborene Behinderung	<input type="checkbox"/> Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Berufskrankheit
<input type="checkbox"/> sonstigen Unfall	<input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung (z. B. altersbedingt)

3. Erhalten Sie Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften wegen Erblindung bzw. Sehbehinderung, Taubblindheit oder Gehörlosigkeit?

Bundesversorgungsgesetz (BVG)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Opferentschädigungsgesetz (OEG)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionsschutzgesetz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zivildienstgesetz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Häftlingshilfegesetz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Straf/Verwaltungsrechtliches Rehabilitationsgesetz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leistungen durch einen Unfallversicherungsträger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



(bitte Bescheidkopie beifügen)

4. Angaben über Bezug / Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI

Leistung wurde beantragt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich erhalte Leistungen nach dem aufgeführten Gesetz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad <input type="text"/> (Bitte Kopie des Bescheides beifügen)		

5. Angaben über Feststellungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen –

<input type="checkbox"/> Eine Feststellung über die Blindheit / Taubblindheit / Gehörlosigkeit nach SGB IX wurde bereits getroffen. (Bitte Kopie des Bescheides beifügen.)
<input type="checkbox"/> Ein entsprechendes Feststellungsverfahren nach dem SGB IX läuft.
bei (Behörde): <input type="text"/> Aktenzeichen: <input type="text"/>

6. Angaben über Aufenthalt in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung

Liegt eine Unterbringung oder ein Aufenthalt in einem Heim, einer Anstalt oder einer gleichartigen Einrichtung (z. B. Alters-/Pflegeheim, Blindenschule, Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung) vor?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja:	seit <input type="text"/>	Einrichtung <input type="text"/>	
	PLZ, Ort <input type="text"/>	Telefon <input type="text"/>	
Wer trägt die Kosten?	<input type="text"/>		
Letzter Wohnsitz vor Heimeintritt:	Straße, Haus-Nr. <input type="text"/>		
	Postleitzahl, Ort <input type="text"/>	Bundesland <input type="text"/>	

7. Erklärung des Antragstellers

7.1 Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts, den Entzug der Aufenthaltserlaubnis, die Aufnahme in ein Heim, den Bezug von Leistungen meiner Pflegeversicherung oder von anderer Stellen wegen Blindheit / Taubblindheit / Gehörlosigkeit oder Pflegebedürftigkeit und jede Veränderung der Hör- und/oder Sehbehinderung sowie die Durchführung einer Operation oder Behandlung zur Verbesserung der Hör- und/oder Sehfähigkeit werde ich der Stadt / dem Landratsamt unverzüglich unter Vorlage entsprechender Nachweise mitteilen.

Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben bzw. das Verschweigen von Änderungen strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangenes Sinnesbehindertengeld zurückerstattet werden muss.

7.2 Zusätzlich zur schriftlichen Entscheidung erbitte ich eine Audio-Datei als CD.

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

7.3 An Unterlagen sind beigefügt:

- Feststellungsbescheid gem. § 152 Abs. 1 SGB IX
- Vollmacht
- Betreuungsausweis
- Bescheid der Pflegeversicherung
- _____

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. Vertreters gem. Pkt. 1

– Die nachfolgende Einwilligungserklärung ist unbedingt zu unterschreiben –

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Landkreis / die kreisfreie Stadt die für das Verwaltungsverfahren erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den von mir benannten Ärzten und Krankenanstalten sowie bei Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind) in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegende(n) Hör- und/oder Sehbehinderung(en) geben können.

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Landkreis / die kreisfreie Stadt die im Rahmen des Schwerbehindertenfeststellungsverfahrens nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) entstandenen Vorgänge beiziehen und auswerten darf.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein sich evtl. anschließendes Rechtsbehelfsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Verwaltungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Sofern die Einholung von Auskünften und Unterlagen eingeschränkt werden soll, ist das in dem nachfolgenden Feld zu vermerken.

Mit der Einholung von Auskünften und Unterlagen bei folgenden Stellen (z. B. Ärzten, Krankenanstalten) bin ich **nicht** einverstanden.

Hinweise zum Datenschutz

Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Gewährung von Sinnesbehindertengeld nach dem Thüringer Sinnesbehindertengeldgesetz entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Ihre Unterschrift oder die ihres gesetzlichen Vertreters zu bestätigen. Die Datenerhebung erfolgt nach § 67a Abs. 2 S. 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I).

Ort, Datum

--

Unterschrift (Antragsteller bzw. Vertreter)

--

Antrag auf unbare Zahlung des Sinnesbehindertengeldes

1. Überweisung auf mein eigenes Konto:

Die mir zustehende laufende Leistung bitte ich künftig auf mein nachstehend bezeichnetes Konto zu überweisen:

Geldinstitut	
IBAN	BIC
D E	D E

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers/in

2. Überweisung auf ein Fremdkonto:

Die mir zustehende laufende Leistung bitte ich künftig auf das nachstehend bezeichnete Fremdkonto zu überweisen (z. B. eines Familienangehörigen oder eines Betreuers):

Name und Anschrift des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin	
Geldinstitut	
IBAN	BIC
D E	D E

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers/in

Erklärung des Fremdkontoinhabers

Der / Die Unterzeichnende verpflichtet sich hierdurch, Tatsachen, die einer Weiterzahlung von Sinnesbehindertengeld an den Sinnesbehindertengeldempfänger / die Sinnesbehindertengeldempfängerin

Name, Vorname	geb. am
---------------	---------

entgegenstehen (z. B. Ableben, Aufenthaltswechsel), unverzüglich dem Landkreis / der kreisfreien Stadt mitzuteilen. Ich verpflichte mich, überzahlte Beträge dem Landkreis / der kreisfreien Stadt zurückzuzahlen. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber meinen Erben, überzahlte Beträge zurück zu erstatten.

Ort, Datum

Unterschrift des / der Fremdkontoinhabers/in