An Stadtverwaltung / Landratsamt

Landratsamt Saale-Orla-Kreis -
Fachdienst Schwerbehindertenrecht/
Sozialhilfe/ Wohngeld
Postfach 13 55
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
☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt
☐ in Thüringen ☐ außerhalb Thüringens

Straße, Haus-Nr.	
Postleitzahl, Ort	Kreis
Tagsüber telefonisch erreichbar unter	Staatsangehörigkeit

Vertretung durch
☐ Ehepartner ☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Bevollmächtigter ☐ Betreuer
Bitte Nachweise beifügen

Name, Vorname	Telefon
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	

2. Angaben über die Ursache der Behinderung

Die Erblindung / Sehbehinderung / Taubblindheit / Gehörlosigkeit ist zurückzuführen auf

☐ angeborene Behinderung ☐ Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung
☐ Arbeitsunfall ☐ Berufskrankheit
☐ sonstigen Unfall ☐ sonstige Erkrankung (z. B. altersbedingt)

Zentraler Formularpool Thüringen
© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH – www.formlab-gmbh.de
TLVWA-003-TH-FL - Antrag auf Sinnesbehindertengeld - 5-2021

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

Bundesversorgungsgesetz (BVG)	☐ ja	☐ nein	☐ beantragt
Opferentschädigungsgesetz (OEG)	☐ ja	☐ nein	☐ beantragt
Infektionsschutzgesetz	☐ ja	☐ nein	☐ beantragt
Zivildienstgesetz	☐ ja	☐ nein	☐ beantragt
Häftlingshilfegesetz	☐ ja	☐ nein	☐ beantragt
Straf-/Verwaltungsrechtliches Rehabilitationsgesetz	☐ ja	☐ nein	☐ beantragt
Leistungen durch einen Unfallversicherungsträger	☐ ja	☐ nein	☐ beantragt
Sonstige (z.B. nach anderen landesrechtlichen Vorschriften)	☐ ja	☐ nein	☐ beantragt

***** beantragt bei Behörde

(bitte Bescheidkopie beifügen)

(bitte Behörde angeben) *****

4. Angaben über Bezug / Beantragung von Leistungen anderer Sozialleistungsträger

Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)	☐ ja	☐ nein	☐ beantragt
Leistungen der Pflegeversicherung (Pflegekasse) nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)	☐ ja	☐ nein	☐ beantragt
Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)	☐ ja	☐ nein	☐ beantragt

***** beantragt bei Behörde

(bitte Bescheidkopie beifügen)

(bitte Behörde angeben) *****

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

☐ Eine Feststellung über die Blindheit / Taubblindheit / Gehörlosigkeit nach SGB IX wurde bereits getroffen. (Bitte Kopie des Bescheides beifügen.)

☐ Ein entsprechendes Feststellungsverfahren nach dem SGB IX läuft.

bei (Behörde):	Aktenzeichen:

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? ☐ ja ☐ nein

Wenn **ja**:	seit	Einrichtung	
	Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort		Telefon
Wer trägt die Kosten?			
Letzter Wohnsitz vor Heimeintritt:	Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort		
	Bundesland		

Zentraler Formularpool Thüringen

© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH – www.formlab-gmbh.de
TLVWA-003-TH-FL - Antrag auf Sinnesbehindertengeld - 5-2021

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.

Die beigefügte Anlage zum Antrag "Erklärungen zu rechtlichen Grundlagen" habe ich erhalten und bestätige mit meiner Unterschrift die Kenntnisnahme und Zustimmung.

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

☐ ja ☐ 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

Zentraler Formularpool Thüringen

© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH – www.formlab-gmbh.de
TLVWA-003-TH-FL - Antrag auf Sinnesbehindertengeld - 5-2021

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 beizieht, 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)

Zentraler Formularpool Thüringen

© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH – www.formlab-gmbh.de
TLVWA-003-TH-FL - Antrag auf Sinnesbehindertengeld - 5-2021

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 **DE**		BIC

Erklärung des Kontoinhabers

Ich verpflichte mich, dem Landkreis/der kreisfreien Stadt jede Änderung der Verhältnisse, welche die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, unverzüglich mitzuteilen und überzahlte Beträge dem Landkreis / der kreisfreien Stadt zurückzuzahlen. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber meinen Erben, überzahlte Beträge der zuständigen Behörde zurückzuzahlen.

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 **DE**		BIC

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

Zentraler Formularpool Thüringen

© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH – www.formlab-gmbh.de
TLVWA-003-TH-FL - Antrag auf Sinnesbehindertengeld - 5-2021

Erklärungen zu rechtlichen Grundlagen

Datenschutz:

Der Schutz Ihrer Sozialdaten ist gewährleistet. Die in diesem Formular erbetenen Angaben (Daten) werden für die Bearbeitung benötigt. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung ergeben sich aus den gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchst. e und Art. 9 Abs. 2 Buchst. b der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) angepassten Vorschriften in §§ 67 a - c SGB X. Die Daten werden im Antragsverfahren vom zuständigen Landratsamt/der zuständigen Stadtverwaltung sowie in einem sich evtl. anschließenden Rechtsbehelfsverfahren vom Thüringer Landesverwaltungsamt sowohl in Papierform als auch elektronisch gespeichert. Der Zeitpunkt der Löschung der elektronischen Akten bzw. Vernichtung der Akten orientiert sich an verwaltungsrechtlichen Dokumentationspflichten (z. B. bei Wegzug, Aktenabgabe, Tod) und variiert zwischen ein und zehn Jahren. Wenn das zuständige Landratsamt/die zuständige Stadtverwaltung sowie das Thüringer Landesverwaltungsamt Auskünfte von Dritten (z. B. von Ärzten, Versorgungsverwaltung) benötigen, ist dafür Ihre Zustimmung erforderlich (Einwilligungserklärung), die jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann.

Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten finden Sie auf den Internetseiten des zuständigen Landratsamtes/der zuständigen Stadtverwaltung sowie des Thüringer Landesverwaltungsamtes.

Folgende Rechte stehen Ihnen nach Art. 15 bis 22 DSGVO in Verbindung mit §§ 83 bis 84 SGB X zu:

1. Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person verarbeiteten Daten.
2. Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten zu Ihrer Person.
3. Recht auf Löschung nicht (mehr) benötigter Daten zu Ihrer Person.
4. Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu Ihrer Person.
5. Recht auf jederzeitigen Widerspruch gegen die Datenverarbeitung. Ein derartiger Widerspruch kann jedoch wegen fehlender Mitwirkung zu einer Ablehnung Ihres Antrags führen
6. Recht auf Ausschluss einer ausschließlich automatisierten Entscheidung.

Ebenfalls steht Ihnen zur Gewährleistung einer fairen und transparenten Verarbeitung der Daten gemäß Art. 13 Abs. 2d DSGVO ein Beschwerderecht bei folgender Stelle zu: Thüringer Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (TUDI), Häßlerstr. 8, 99096 Erfurt, Postanschrift: Postfach 900455, 99107 Erfurt, Tel.: 0361/573112900, Fax: 0361/573112904, E-Mail: poststelle@datenschutz.thueringen.de

Kenntnisnahme weiterer Informationen:

Ich nehme zur Kenntnis, dass medizinische Daten, die dem zuständigen Landratsamt/der zuständigen Stadtverwaltung bzw. dem Thüringer Landesverwaltungsamt vorliegen und/oder aufgrund meiner Einwilligungserklärung zugehen, an andere Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung nach dem Sozialgesetzbuch übermittelt werden dürfen. Einer solchen Weitergabe kann jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widersprochen werden.

Zentraler Formularpool Thüringen

© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH – www.formlab-gmbh.de
TLVWA-003-TH-FL - Antrag auf Sinnesbehindertengeld - 5-2021