

Antrag auf Gewährung von Gehörlosengeld

nach dem Gesetz über das Blinden- und Gehörlosengeld
im Land Sachsen-Anhalt

Der Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn Sie die Fragen
sorgfältig und vollständig ausfüllen bzw. ankreuzen und wenn Sie
die erforderlichen Belege beifügen.



SACHSEN-ANHALT

**Landesamt für Soziales,
Jugend und Gesundheit**

Landesblindengeld

Eingangsstempel

Aktenzeichen

Landesamt für Soziales,
Jugend und Gesundheit
Landesblindengeld
Maxim-Gorki-Straße 7
06114 Halle

1. Anspruchsberechtigte(r) (für den/die die Leistung beantragt wird) - Bitte in Blockschrift ausfüllen -

1.1	Name		
1.2	Geburtsname	1.3	Vorname
1.4	Geburtsdatum	1.5	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ keine Angabe
1.6	Wohnort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
1.7	evtl. weitere Wohnsitze (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
1.8	Telefon (einschl. Vorwahl)	1.9	E-Mail-Adresse
1.10	Staatsangehörigkeit ☐ deutsch ☐ EU-/EWR-Staat ☐ Schweiz ☐ folgende andere Staatsangehörigkeit: _____ Sofern Sie nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen und nicht EU-Ausländer sind, fügen Sie bitte eine beglaubigte Kopie bzgl. des Aufenthaltstitels bei und beantworten folgende Frage: Üben Sie eine Beschäftigung/selbständige Tätigkeit aus: ☐ ja, in Sachsen-Anhalt ☐ ja, in einem anderen Bundesland ☐ ja, im Ausland ☐ nein		

2. Bevollmächtigte(r)/gesetzliche(r) Vertreter(in)

Bitte fügen Sie eine Vollmacht bzw. eine Kopie des Betreuungsnachweises bei.

2.1	Name	2.2	Vorname
2.3	Wohnort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
2.4	Telefon (einschl. Vorwahl)	2.5	E-Mail-Adresse

3. Bankverbindung

3.1	Name des Geldinstitutes		
3.2	IBAN	3.3	BIC
3.4	Kontoinhaber(in) ☐ Anspruchsberechtigte(r) wie unter 1. ☐ nicht Anspruchsberechtigte(r), sondern: Name, Vorname		
3.5	Einverständniserklärung Fremdkonto Soll das Gehörlosengeld nicht auf das Konto des Anspruchsberechtigten gezahlt werden, ist die nachfolgende Einverständniserklärung des/der Anspruchsberechtigten auszufüllen. Ich bin damit einverstanden, dass die mir zustehende Leistung auf das unter Pkt. 3.1 bis 3.4 angegebene Fremdkonto überwiesen wird. _____ eigenhändige Unterschrift der/des Anspruchsberechtigten		
3.6	Erklärung des Fremdkontoinhabers/der Fremdkontoinhaberin Der/Die Unterzeichnende verpflichtet sich hierdurch, Tatsachen, die einer Weiterzahlung des Gehörlosengeldes an den Gehörlosengeldempfänger/ die Gehörlosengeldempfängerin entgegenstehen (z.B. Ableben, Aufenthaltswechsel) unverzüglich dem Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit (LAS) mitzuteilen. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber meinen Erben überzahlte Beiträge zurück zu erstatten. _____ _____ Ort, Datum eigenhändige Unterschrift des Fremdkontoinhabers/der Fremdkontoinhaberin		

4. Nachweise

4.1	Feststellungsbescheid Ich bin im Besitz eines Feststellungsbescheides des LAS nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) oder eines Schwerbehindertenausweises. ☐ Nein ☐ Ja Aktenzeichen: _____
4.2	Taubheit Wurde Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit schweren Sprachstörungen, welche einen Grad der Behinderung von 100 bedingen, festgestellt? ☐ Ja ☐ Nein
4.3	Antrag auf Feststellung Haben Sie beim LAS einen Antrag auf Feststellung nach dem Sozialgesetzbuch IX gestellt, über den bislang nicht entschieden wurde? ☐ Nein ☐ Ja Aktenzeichen: _____
4.4	Leistungen wegen Gehörlosigkeit Beziehen oder bezogen Sie Leistungen wegen Gehörlosigkeit von einem anderen Bundesland oder haben Sie diese beantragt? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie des Bescheides über die Zahlungseinstellung bei.

5. Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. Änderungen in den Verhältnissen werde ich unverzüglich mitteilen.	
_____	_____
bei Vertretung:	Unterschrift
☐ als gesetzlicher Vertreter oder gerichtlich bestellter Betreuer (bitte ggf. Betreuungsausweis in Kopie beifügen)	
☐ als Bevollmächtigter (bitte Vollmacht beifügen)	

6. Anlagen

Als Anlagen füge ich diesem Antrag bei:

- ☐ Kopie des Feststellungsbescheides des LAS
- ☐ Bescheinigung der Meldebehörde
- ☐ Vollmacht
- ☐ Betreuungsnachweis
- ☐ Kopie des Bescheides über die Einstellung der Gehörlosengeldzahlung

7. Hinweis

Die ordnungsgemäße Angabe aller erfragten Daten ist hilfreich, um die zügige Bearbeitung des Antrages zu gewährleisten.

Nicht zuletzt ist derjenige, der eine Sozialleistung beantragt, zur Auskunft verpflichtet. Anderenfalls kann die Leistung versagt werden (§§ 60 Abs. 1, 66 Abs. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB 1)).

Hinweise zur Beantragung von Gehörlosengeld nach dem Gesetz über das Blinden- und Gehörlosengeld im Land Sachsen-Anhalt

1. Angaben zum gewöhnlichen Aufenthalt

Leistungen nach dem Gesetz über das Blinden- und Gehörlosengeld erhalten Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Land Sachsen-Anhalt haben.

Hierzu lassen Sie bitte die dem Antrag beigelegte Anlage bei Ihrer zuständigen Meldebehörde oder dem Sozialamt ausfüllen und fügen diese dem Antrag bei.

Ausländer fügen bitte der Bestätigung der Meldebehörde bzw. des Sozialamtes ebenfalls eine beglaubigte Kopie des Aufenthaltstitels bei.

2. Gesundheitliche Voraussetzungen zur Gewährung von Gehörlosengeld

"Gehörlosengeld erhalten Personen

1) mit angeborener oder bis zum 7. Lebensjahr erworbener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit, soweit der Grad der Behinderung infolge schwerer Störungen des Spracherwerbs 100 beträgt.

2) mit später erworbener Taubheit, wenn der Grad der Behinderung allein infolge Taubheit und der mit der Taubheit einhergehenden schweren Sprechstörung 100 beträgt."

3. Nachweis durch Feststellungsbescheid

Der Nachweis über das Vorliegen von Gehörlosigkeit ist durch einen Feststellungsbescheid nach § 152 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Sozialgesetzbuches zu erbringen.

Ihr

Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit

Datenschutzhinweise

Die Angaben in diesem Formular benötigen wir, um Ihren Antrag auf Gewährung von Gehörlosengeld nach dem Blinden- und Gehörlosengeld des Landes Sachsen-Anhalt zu bearbeiten.

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, können wir Ihren Antrag aber möglicherweise nicht richtig bearbeiten. Das könnte dazu führen, dass die Gewährung von Gehörlosengeldleistungen nicht in der richtigen Höhe festgestellt wird.

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir in elektronischer Form.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung (Erhebung, Speicherung, Veränderung, Nutzung, Übermittlung, Löschung) sind die Paragraphen 67a - 67c des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGBX) in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X sowie die von Ihnen erteilte Einwilligung zur Datenerhebung und die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.

Zur Bearbeitung Ihres Antrages werden wir andere Personen und Stellen um Übermittlung von Daten bitten, ggf. werden wir Ärzte und sonstigen Stellen, die Sie in diesem Antrag angegeben haben, anschreiben und sie um Übersendung von Unterlagen über Ihre Gehörlosigkeit bitten.

Wer Sozialleistungen beantragt, hat gemäß § 60 Abs. 1 Nr. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB 1) alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Kommt derjenige, der Sozialleistungen beantragt, seinen gesetzlich vorgeschriebenen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann das LAS nach § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB 1 ohne weitere Ermittlungen die beantragte Gewährung von Gehörlosengeldleistungen ganz oder teilweise versagen, soweit die Voraussetzungen für die Feststellung nicht nachgewiesen sind.

Sie haben folgende Rechte:

- Sie können von uns Auskunft über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns eine kostenlose Kopie dieser Daten verlangen.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu berichtigen, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu vervollständigen, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu löschen, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten einzuschränken. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit widerrufen. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.

Sie können sich beim Landesbeauftragten für den Datenschutz des Landes Sachsen-Anhalt beschweren.

Für dieses Formular ist das Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit (LAS) verantwortlich.

Sie können auf den folgenden Wegen mit dem LAS Kontakt aufnehmen:

- mit der Post: Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit
Magdeburger Straße 38
06112 Halle (Saale)
- per Telefon: (0345) 6815 - 8000
- per E-Mail: poststelle-LAS@sachsen-anhalt.de

Mit dem behördlichen **Datenschutzbeauftragten** des LAS können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

- per Post: Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit
Datenschutzbeauftragter
Magdeburger Straße 38
06112 Halle (Saale)
- per E-Mail: Datenschutz-LAS@sachsen-anhalt.de

Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen.