

Änderungsantrag

zur Feststellung der **Schwerbehinderten-** **eigenschaft** und Gewährung von Leistungen nach dem **Landesblindengeldgesetz**

Zutreffendes ankreuzen ☒
oder ausfüllen

Ich beantrage

- ☐ die Erhöhung des **Grades der Behinderung** (GdB). Der Änderungsantrag
- ☐ erstreckt sich auf alle vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen,
☐ beschränkt sich auf die in diesem Antrag aufgeführten Funktionsbeeinträchtigungen (Beschränkung).
- ☐ die Übernahme der Entscheidung der Berufsgenossenschaft bzw. einer anderen Behörde unter Verzicht auf die bisherigen Feststellungen.

- ☐ die Feststellung der/weiterer gesundheitlichen Merkmale (**Merkzeichen**), die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen nach dem SGB IX oder nach anderen Vorschriften sind.

- ☐ die Überprüfung/Neugewährung von Leistungen nach dem **Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG)** wegen

- ☐ Blindheit ☐ hochgradiger Sehbehinderung ☐ Gehörlosigkeit ☐ Schwerstbehinderung des Kindes
☐ Taubblindheit

In diesen Fällen bitte **Anlage zum Antrag auf Leistungen nach dem Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG)** ausfüllen!

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig und vollständig auszufüllen und uns die erbetenen Nachweise zu überlassen. Soweit in einzelnen Abschnitten der Platz für die Eintragungen nicht ausreicht, machen Sie die Angaben bitte auf einem gesonderten Blatt.

Angaben zur Person

Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname		Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	Geburtsort	Kreis, Land

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt - wenn abweichend vom Hauptwohnsitz -

Straße, Haus-Nr.		
Postleitzahl, Ort	<input type="checkbox"/> in Sachsen <input type="checkbox"/> in	Gemeinde – bei Abweichung vom Wohnort
telefonisch erreichbar unter (_____) _____ (Angabe freiwillig)		derzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bei Minderjährigen bzw. bei Personen, für die ein Vormund oder Betreuer bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder des bestellten Pflegers oder Betreuers angeben und **Betreuungsurkunde** vorlegen.

Bevollmächtigte Personen bitte ebenfalls hier eintragen und die entsprechende **Vollmacht** beifügen.

Name, Vorname
Anschrift

Nur Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises aufgrund anderweitiger Feststellungen

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	Höhe des festgestellten MdE/ GdS (=GdB)	Bezeichnung der Verwaltungsbehörde, des Sozialversicherungsträgers oder des Gerichts	Geschäftszeichen und Datum des Vorgangs oder der Entscheidung, ggf. Tag des Unfalls
<input type="checkbox"/> Ja, für nachfolgende Gesundheitsstörungen			

Bitte Feststellungsbescheid oder -unterlagen beifügen. Nachfolgende Fragen brauchen Sie nur dann zu beantworten, wenn Sie weitere Funktionsbeeinträchtigungen geltend machen wollen oder wenn Sie Merkzeichen beantragen.

Verschlimmerung von Gesundheitsstörungen

Welche Gesundheitsstörungen haben sich **verschlimmert**?

Wie äußert sich die Verschlimmerung?

Neue gesundheitliche Funktionsbeeinträchtigungen

Welche nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen sind seit der letzten Feststellung **neu** aufgetreten?

Schlüsselzahl

Bitte zu jeder Gesundheitsstörung die jeweils zutreffende Schlüsselzahl eintragen:

	<input type="checkbox"/>	1= angeborene Funktionsbeeinträchtigung
	<input type="checkbox"/>	2= Arbeits- oder Dienstanfall (einschl. Wegeunfall); Berufskrankheit
	<input type="checkbox"/>	4= Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeits- oder Dienstanfall (2)
	<input type="checkbox"/>	5= häuslicher Unfall, soweit nicht Arbeits- oder Dienstanfall (2)
	<input type="checkbox"/>	6= sonstiger Unfall
	<input type="checkbox"/>	7= Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung; Impf-, Haft-, Gewalttats-, Verfolgungsschaden
	<input type="checkbox"/>	9= krankheitsbedingte Funktionsbeeinträchtigung
	<input type="checkbox"/>	10= sonstige Ursache

Merkzeichen

Infolge meiner Gesundheitsstörungen bin ich meiner Meinung nach

- ☐ blind (**BL**)
☐ gehörlos (**GL**)
☐ hilflos (**H**) ☐ Pflegegrad liegt vor
☐ 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 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 teilzunehmen (**RF**) ☐ **ständig** bettlägerig
☐ bei Reisen mit der Deutschen Bahn AG wegen Schädigungsfolgen i. S. des Bundesversorgungsgesetzes/ Bundesentschädigungsgesetzes auf die Unterbringung in der 1. Wagenklasse angewiesen (**1. Kl.**)
☐ taubblind (**TBL**)

Angaben über ärztliche Behandlungen wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen

Hausärztliche Behandlung seit der letzten Feststellung (Name und Anschrift)

--

Fachärztliche Behandlung wegen der Funktionsbeeinträchtigungen seit der letzten Feststellung

von - bis	Name und Anschrift	wegen welcher Gesundheitsstörung

Krankenhausbehandlung seit der letzten Feststellung

von - bis	Name und Anschrift des Krankenhauses	wegen welcher Gesundheitsstörung

Kurbehandlung seit der letzten Feststellung

von - bis	Name und Anschrift der Kuranstalt	Kostenträger	wegen welcher Gesundheitsstörung

Den Krankenhaus- bzw. Kurabschlussbericht erhielt:

Anschrift der Praxis:

Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Jobcenter, Amtsgericht etc.) befinden sich weitere die Behinderung betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.?

Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen

Bitte senden Sie auch die sich in Ihren Händen befindlichen medizinischen Unterlagen mit ein. Dabei sollen ärztliche Befundunterlagen nicht älter als fünf Jahre sein und im Zusammenhang mit den von Ihnen geltend gemachten Beeinträchtigungen stehen.

Zugehörigkeit zur **Pflegekasse** (Nur erforderlich, wenn dort ein Antrag auf Pflegeleistung gestellt wurde)

Name und Anschrift der Pflegekasse	Mitgliedsnummer

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 oder LBlindG 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.

☐ Ich erhebe gegen diese Übermittlung Widerspruch.

Die erhobenen Daten werden elektronisch gespeichert.

Hinweis zur EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO):

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

Als Unterlagen sind beigelegt

☐ Vollmacht

☐ **Anlage BL**

☐ Bestattungsurkunde

☐ Ärztliche Unterlagen

☐ Kopie Personalausweis/Reisepass (bei Landesblindengeldantrag)

☐ Kopie Personalausweis (bei Unionsbürger)

☐

Datum

Unterschrift des Antragstellers oder

☐ gesetzlichen Vertreters (☐ Eltern ☐ Betreuer ☐ Pfleger)
☐ Bevollmächtigten

Hinweise zur Ausweisausgabe:

Die Ausweise werden nach Aufbringen des Passbildes nur noch per Post versandt. Aufgrund des zentralen Druckes der Schwerbehindertenausweise kann auch bei persönlicher Abgabe des Lichtbildes der Schwerbehindertenausweis **nicht mehr sofort** ausgehändigt werden.

Beim Vorliegen einer Schwerbehinderung erhalten Sie mit Bescheiderteilung ein gesondertes Schreiben zur Lichtbild-einsendung, zwecks Ausweisausstellung.

Bei der anschließenden Einreichung eines Lichtbildes beachten Sie bitte, dass Farbbilder benötigt werden, auf denen die antragstellende Person deutlich zu erkennen ist. Ein biometrisches Passbild ist nicht erforderlich.

Name:

Aktenzeichen:

Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung

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 Schweigepflichtentbindungserklärung. Diese Erklärung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

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 Heilbehndlern, 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.

Ich bestätige die Kenntnisnahme des Hinweisblattes zum Datenschutz – EU-DSGVO.

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Unterschrift des

☐ gesetzl. Vertreters (☐ Eltern ☐ Betreuer ☐ Pfleger)
☐ Bevollmächtigten

Bescheinigung der Ausländerbehörde

– nur ausfüllen lassen, wenn keine deutsche Staatsbürgerschaft vorliegt –

Die antragstellende Person hält sich rechtmäßig im Bundesgebiet auf und ist im Besitz einer/s:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis | <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis |
| <input type="checkbox"/> Schengen-Visums | <input type="checkbox"/> zum Zweck der Ausbildung (§§ 7, 16, 17 AufenthG) |
| <input type="checkbox"/> nationalen Visums | <input type="checkbox"/> zum Zweck der Erwerbstätigkeit (§§ 7, 18, 18a, 21 AufenthG) |
| (Aufenthaltszweck: _____) | <input type="checkbox"/> zur Arbeitsplatzsuche für qualifizierte Fachkräfte (§§ 7, 18c AufenthG) |
| <input type="checkbox"/> Duldung (§ 60a AufenthG) | <input type="checkbox"/> aus völkerrechtlichen Gründen (§§ 7, 22, 23, 23a AufenthG) |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltskarte für Familienangehörige,
die nicht EU-Bürger sind (§ 5 Abs. 1 S. 1 Freizüg/EU) | <input type="checkbox"/> zum vorübergehenden Schutz (§§ 7, 24 AufenthG) |
| <input type="checkbox"/> Bescheinigung über das Daueraufenthaltsrecht
(Unionsbürger und dessen Familienangehörige) | <input type="checkbox"/> aus humanitären Gründen (§§ 7, 25 Abs. 1, 2, 3, 5, 25a, 25b AufenthG) |
| <input type="checkbox"/> Daueraufenthaltskarte für Familienangehörige mit
Drittstaatsangehörigkeit (des Unionsbürgers) | <input type="checkbox"/> für vorübergehenden Aufenthalt (§§ 7, 25 Abs. 4 AufenthG) |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylG) | <input type="checkbox"/> aus familiären Gründen (§§ 7, 27 ff AufenthG) |
| | <input type="checkbox"/> aufgrund eines Rechtes auf Wiederkehr (§§ 7, 37 AufenthG) |
| | <input type="checkbox"/> für ehemalige Deutsche (§§ 7, 38 AufenthG) |
| | <input type="checkbox"/> Erlaubnis zum Daueraufenthalt EU (§ 9a AufenthG) |
| | <input type="checkbox"/> Blaue Karte EU (§ 19 a AufenthG) |

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: _____
- ☐ Aufenthaltstitel bzw. anderer Nachweis gültig bis: _____
- Erwerbstätigkeit ist erlaubt: ☐ ja ☐ nein

Datum

Unterschrift/Stempel

Informationsblatt zum Datenschutz

Folgende Informationen sind Ihnen gemäß Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO (EU) 2016/679) bei Erhebung der personenbezogenen Daten mitzuteilen:

1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Die zuständige Stelle für die Erhebung der Daten im Rahmen des Feststellungsverfahrens nach dem SGB IX und des Sächsischen Landesblindengeldgesetzes (LBlindG) und mithin Verantwortlicher im Sinne der Art. 13 und 14 DSGVO ist folgende Stelle:

Landeshauptstadt Dresden
Sozialamt/ Abt. Soziale Leistungen
SG Schwerbehinderteneigenschaft/ Landesblindengeld
PF 12 00 20
01001 Dresden

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragter der Landeshauptstadt Dresden
PF 12 00 20
01001 Dresden

E-Mail: Datenschutzbeauftragter@Dresden.de
Tel.Nr.: 0351 488-0

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 LBlindG 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 LBlindG gespeichert und an

- Ihre behandelnden Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachter
- Sozialleistungsträger, private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen
- Einrichtungen
- Gerichte
- andere Organisationseinheiten des Verantwortlichen
- Außengutachter des Verantwortlichen
- den Kommunalen Sozialverband Sachsen
- die Hauptkasse des Freistaates Sachsen
- die Finanzverwaltung
- 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

Medizinische Auskünfte und Unterlagen werden entsprechend Ihrer Einwilligungserklärung von Ihren behandelnden Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten sowie von Gutachtern, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Einrichtungen und Gerichten eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigegeben, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist.

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 und dem LBlindG und den Kommunalen Haushaltsvorschriften erforderlich ist. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt 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 Art. 51 DSGVO zu:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter
Postfach 11 01 32
01330 Dresden

Tel.: 0351/85471 101
Fax: 0351/85471 109
E-Mail: saechsdsb@slt.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.

Anlage: Übersicht der Bürgerbüros/Verwaltungsstellen in der Landeshauptstadt Dresden

Bürgerbüro

Bürgerbüro	Anschrift	Telefon
Altstadt	Theaterstraße 11, 01067 Dresden	(0351) 4 88 60 70
Neustadt	Hoyerswerdaer Straße 3, 01099 Dresden	(0351) 4 88 66 55
Pieschen	Bürgerstraße 63, 01127 Dresden	(0351) 4 88 55 90
Klotzsche	Kieler Straße 52, 01109 Dresden	(0351) 4 88 65 90
Blasewitz	Naumannstraße 5, 01309 Dresden	(0351) 4 88 86 90
Leuben	Hertzstraße 23, 01257 Dresden	(0351) 4 88 81 90
Prohlis	Prohliser Allee 10, 01239 Dresden	(0351) 4 88 83 90
Plauen	Nöthnitzer Straße 2, 01187 Dresden	(0351) 4 88 68 90
Cotta	Lübecker Straße 121, 01157 Dresden	(0351) 4 88 56 90
Schönfeld/Weißig	Bautzner Landstraße 291, 01328 Dresden	(0351) 4 88 79 67

Verwaltungsstellen

Verwaltungsstelle	Anschrift	Telefon
Cossebaude	Dresdner Straße 3, 01156 Dresden	(0351) 4 88 79 35
Langebrück	Weißiger Straße 5, 01465 Langebrück	(0351) 4 88 79 48
Weixdorf	Weixdorfer Rathausplatz 2, 01108 Dresden	(0351) 4 88 79 77