

Landratsamt Erzgebirgskreis
Referat Soziale Hilfen
Paulus-Jenisius-Str. 24
09456 Annaberg-Buchholz

Aktenzeichen

Eingangsstempel

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

Zutreffendes ankreuzen oder
ausfüllen

Ich beantrage

die Erhöhung des **Grades der Behinderung** (GdB).

die Eintragung des/der **Merkzeichen(s)**

Bei der Neufeststellung sollen nur die zusätzlich im Antrag aufgeführten weiteren Funktionseinschränkungen mit berücksichtigt werden

Bei der Neufeststellung sollen alle im Rahmen der Sachverhaltsaufklärung bekannt werdenden weiteren Funktionseinschränkungen mit berücksichtigt werden

die Übernahme der Entscheidung der Berufsgenossenschaft bzw. einer anderen Behörde unter Verzicht auf die bisherigen Feststellungen

die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Parkerleichterungen für besondere Gruppen schwerbehinderter Menschen

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

für Blindheit hochgradige Sehschwäche Gehörlosigkeit Schwerstbehinderung eines Kindes

(bitte dann zusätzlich Anlage BL 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, bitte die Angaben auf einem gesonderten Blatt machen.

Angaben zur Person

| | | | |
|--|--|---|--|
| Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname | | Geschlecht | |
| | | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich | |
| Geburtsdatum | | | |
| Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt - wenn abweichend vom Hauptwohnsitz - | | | |
| Straße, Haus-Nr. | | Kreis | |
| Postleitzahl, Ort | <input type="checkbox"/> in Sachsen <input type="checkbox"/> in | Gemeinde – nur bei Abweichung vom Wohnort angeben | |
| 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 auf Grund anderweitiger Feststellungen

Hat zwischenzeitlich eine Verwaltungsbehörde, ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) getroffen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

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

Bitte Feststellungsbescheid oder -unterlagen beifügen. Nachfolgende Fragen brauchen Sie nur dann zu beantworten, wenn Sie weitere Verschlimmerungen oder 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 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 Dienstunfall (einschl. Wegeunfall); Berufskrankheit |
| | <input type="checkbox"/> | 4= Verkehrsunfall soweit nicht Arbeits- oder Dienstunfall (2) |
| | <input type="checkbox"/> | 5= häuslicher Unfall soweit nicht Arbeits- oder Dienstunfall (2) |
| | <input type="checkbox"/> | 6= sonstiger Unfall |
| | <input type="checkbox"/> | 7= Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung; Impf-, Haft-, Gewalttat-, 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**) Pflegestufe 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 die 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 jeder Art 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.**)

Angaben über ärztliche Behandlungen wegen der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen

Name und Anschrift Ihres Hausarztes?

| |
|--|
| |
|--|

Fachärztliche Behandlung in den letzten 5 Jahren - ohne Krankenhausbehandlung und Kuren -

| von - bis | Name und Anschrift des behandelnden Arztes | wegen welcher Gesundheitsstörung |
|-----------|--|----------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Krankenhausbehandlung in den letzten 5 Jahren

| von - bis | stationär | Name und Anschrift des Krankenhauses | wegen welcher Gesundheitsstörung |
|-----------|--------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | | |

Kurbehandlung in den letzten 5 Jahren

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

Welcher Arzt erhielt den Krankenhaus- bzw. Kurabschlussbericht?

Seine Anschrift lautet:

Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z.B. Gesundheitsamt, Bundesversicherungsanstalt) 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 5 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 |
|------------------------------------|-----------------|
| | |

Ausweisausgabe

Sie erhalten den Ausweis von der Stadt- oder Gemeindeverwaltung Ihres Wohnsitzes.

Falls gewünscht, kann auf Antrag die Ausgabe des Ausweises bei der feststellenden Behörde erfolgen. (Reisekosten werden Ihnen jedoch nicht erstattet).

Ich beantrage die Ausweisausgabe im Landratsamt - Dienstgebäude Stollberg

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.

Als Unterlagen sind beigelegt:

Vollmacht

Anlage BL

Bestallungsurkunde

Ärztliche Unterlagen

Kopie Personalausweis (nur erforderlich bei Landesblindengeldantrag)

.....
.....

Datum

Unterschrift des Antragstellers oder

gesetzlichen Vertreters (Eltern Betreuer Pfleger) Bevollmächtigten

Einwilligungserklärung

Zur Feststellung der Behinderteneigenschaft (SGB IX) und der Entscheidung nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindG) ist es erforderlich, Unterlagen beizuziehen, die Auskunft über Ihren Gesundheitszustand oder über gewährte Sozialleistungen geben können (§ 67a SGB X).

Sollten Sie die Einwilligung zur Beiziehung der Unterlagen verweigern, kann über Ihren Antrag nach dem SGB IX / LBlindG nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden. Deshalb benötigen wir von Ihnen die **nachfolgende Einwilligungserklärung**.

Die Einwilligungserklärung gilt auf Dauer, kann aber jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die für das Feststellungs- und Ausw eisverfahren nach dem Sozialgesetzbuch –Neuntes Buch- (SGB IX) und/oder Verfah ren nach dem S ächsischen Landesb lindengeldgesetz (LBlindG) zuständige Behö rde im Ra hmen der Be arbeitung meine r Verwaltungsverfahren von G erichten, Behö rden, Krankenhäuse rn, Rehabilitationseinrichtungen u nd anderen Leis tungsträgern -w elche ich angegeben habe oder die aus den von mir überlassenen Unterlagen ersichtlich sind– **medizinische Unterlagen aller Art und Akten beizieht**, die sie für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt.

Weiter bin ich einverstanden, dass von meinen **behandelnden Ärzten, Psychologen, Gutachtern und Einrichtungen Auskünfte eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen werden**. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte, Psychologen, Gutachter und Einrichtungen von anderen Ärzten, Psychologen, Gutachtern und Einrichtungen erhalten haben.

Folgende Ärzte, Psychologen und Gutachter bzw. Einrichtungen 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, Gutachter und Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und erlaube die Erteilung von Auskünften und die Herausgabe von Unterlagen an die Verwaltungsbehörde.

Untersuchungen und Begutachtungen, die während des laufenden Verfahrens stattgefunden haben, werde ich umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese Untersuchungen und Begutachtungen angefordert werden können.

Datum

Unterschrift

Anlage BL

Zusätzliche Angaben bei Beantragung von Leistungen nach dem LBlindG

Die folgenden Punkte nur ausfüllen, wenn Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz beantragt werden.

Bezug/Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung

| | | | | | | |
|--|---|--|---|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich erhalte folgende Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) bzw. habe derartige Leistungen beantragt :: | | | | | | |
| Pflegestufe | Leistungsart | | | | | |
| <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III | <input type="checkbox"/> häusliche/ambulante Pflege (§ 36 SGB XI) | | <input type="checkbox"/> stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) | | | |
| | <input type="checkbox"/> Pflegegeld (§ 37 SGB XI) | | <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) | | | |
| | <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) | | <input type="checkbox"/> Pflege in vollstationärer Einrichtung d. Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI) | | | |
| | <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI) | | <input type="checkbox"/> | | | |
| Meine zuständige Pflegekasse ist die | | | <input type="checkbox"/> AOK | <input type="checkbox"/> DAK | <input type="checkbox"/> Barmer | <input type="checkbox"/> IKK |
| <input type="checkbox"/> Ich erhalte keine Leistungen der Pflegeversicherung bzw. habe derartige Leistungen auch nicht beantragt . Bitte den entsprechenden Bescheid in Kopie beifügen. | | | | | | |

Aufenthalt in Heimen, Anstalten oder vergleichbaren Einrichtungen

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Liegt derzeit eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altenheim, Rehabilitationseinrichtung o.ä.) vor oder ist eine solche Unterbringung beabsichtigt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls eine Heimunterbringung vorliegt, bitte beiliegende Bestätigung über Heimaufenthalt ausfüllen | | |

Aufenthalt in Heimen, Anstalten oder vergleichbaren Einrichtungen

| | | |
|--|--|--|
| Hiermit wird bestätigt, dass bei | | |
| Zu- und Vorname, | | Geburtsdatum |
| eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altenheim, Rehabilitationseinrichtung o.ä.) vorliegt oder eine solche Unterbringung beabsichtigt ist | | |
| Name/Anschrift der Einrichtung | | Art der Einrichtung |
| seit/ab | öffentlich-rechtlicher Kostenträger des Aufenthalts: | Die Kosten des Aufenthalts werden |
| | | <input type="checkbox"/> in vollem Umfang <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nicht vom Antragsteller selbst getragen. |
| | Name/Anschrift des Kostenträgers | <input type="checkbox"/> Die Pflegeversicherung trägt die Kosten als Leistung zur vollstationären Pflege |
| Die Einrichtung wird regelmäßig jedes Wochenende für einen Aufenthalt zu Hause verlassen ? | | |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, die Einrichtung wird <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> regelmäßig an Tagen/Monat verlassen. | | |
| Die vorstehenden Angaben werden bestätigt: | | Stempel/Unterschrift der Einrichtung |

Anlage BL

Bezug/Beantragung von anderen Sozialleistungen

| Ich erhalte folgende andere Sozialleistungen bzw. habe derartige Leistungen beantragt : Stelle, | | Aktenzeichen | |
|--|-----------------------------|--------------|-------------------------------|
| 1. 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. | <input type="checkbox"/> Ja | | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII). | <input type="checkbox"/> Ja | | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Leistungen anderer Bundesländer nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit oder als schwerstbehindertes Kind. | <input type="checkbox"/> Ja | | <input type="checkbox"/> Nein |

Hinweis zum Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Freistaat Sachsen

Nach § 8 Abs.1 S.1 LBlindG in Verbindung mit § 116 SGB X gehen gesetzliche **Schadenersatzansprüche, die Sie gegen den Verursacher des Gesundheitsschadens haben** (z.B. der Unfallgegner), **auf den Freistaat Sachsen über**, soweit Ihnen wegen dieses Gesundheitsschadens Leistungen nach dem LBlindG zu gewähren sind, die die behinderungsbedingten Mehraufwendungen im täglichen Leben ausgleichen sollen. Sie oder beauftragte Dritte dürfen daher über Schadenersatzansprüche gegen den Schadensverursacher insoweit nicht mehr verfügen, insbesondere **keinen Vergleich schließen oder Zahlungen entgegennehmen**, sofern hierdurch die auf die Verwaltung übergegangenen Schadenersatzansprüche berührt werden. Ein Verstoß dagegen kann eine Schadenersatzpflicht Ihrerseits gegenüber der Verwaltung begründen.

Ansprüche auf **Schmerzensgeld und Ersatz von Sachschäden** dürfen jedoch ohne Einschränkung selbst gegenüber dem Schadensverursacher geltend gemacht werden.

Bei Zweifelsfragen berät Sie das Landratsamt Erzgebirgskreis – Referat Soziale Hilfen – Schwerbehindertenrecht - auf Anfrage.

Anspruchsvoraussetzungen nach dem EU-Recht

(Nicht von Antragstellern auszufüllen, die in Sachsen wohnen und nicht bzw. nicht im EU-Ausland arbeiten)

| | |
|---|---|
| Beschäftigungsverhältnis - in Sachsen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Beschäftigungsverhältnis - nicht in Sachsen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Beschäftigungsland/-ort: | |
| Arbeitgeber: (Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers vorlegen.) | |
| Entsandter (Beschäftigung für ein deutsches Unternehmen im Ausland) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Land/Ort der Entsendung: | |
| Arbeitgeber: (Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers vorlegen.) | |
| Ich erhalte im Beschäftigungsland folgende andere Sozialleistungen oder habe diese beantragt: (Bewilligungsbescheid vorlegen) | |
| <input type="checkbox"/> Leistungen der Kriegsopferversorgung, Gewaltopferversorgung oder andere vergleichbare Leistungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder vergleichbare Leistungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Leistungen des Beschäftigungslandes nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche oder Gehörlosigkeit | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Anlage BL

Zustehende Leistungen sollen auf das folgende Konto überwiesen werden:

| | | |
|---|--------------------|--|
| <input type="checkbox"/> eigenes Konto <input type="checkbox"/> gemeinsames Konto <input type="checkbox"/> Fremdkonto (bitte Kontoinhaber angeben) | | |
| Kontoinhaber | | |
| Kontonummer | bei (Geldinstitut) | Bankleitzahl |
| IBAN | | BIC/SWIFT-Code |
| Leistungen nach dem LBlindG können nicht auf Dritte übertragen, verpfändet oder gepfändet werden. Soweit die Leistungen auf ein Fremdkonto überwiesen werden sollen, ist der Grund für die Überweisung zugunsten des Fremdkontos anzugeben. | | |
| _____ Datum | | _____ Unterschrift/en des/r Kontoinhaber |
| <p>Zahlungen für minderjährige Leistungsberechtigte ohne eigenes Konto Die Rechtmäßigkeit der Zahlungen auf das angegebene Konto zugunsten von Personensorgeberechtigten hängt von deren tatsächlichen Ausüben der Personensorge (insbesondere der Vermögenssorge) für den minderjährigen Leistungsberechtigten ab. 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 .</p> <p>Sofern die Zahlungen auf das Konto eines Personensorgeberechtigten geleistet werden sollen, ist bitte von beiden Personensorgeberechtigten zu unterschreiben.</p> | | |

Bescheinigungen zur Beantragung von Leistungen nach dem LBlindG

| | | |
|---|--|--|
| Bescheinigung der Meldebehörde in Sachsen | Diese Bescheinigung wird Ihnen von den Meldebehörden gem. § 64 SGB X kostenfrei ausgestellt. | |
| Die Richtigkeit der nachstehenden Angaben wird durch die Meldebehörde bestätigt: | | |
| Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname und frühere Namen | Geburtsdatum | |
| ist hier gemeldet | seit | mit dem <input type="checkbox"/> Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> Nebenwohnsitz. |
| Ein Zuzug erfolgte | am | von <small>früherer Wohnort, Bundesland</small> |
| | | |
| Datum | Unterschrift/Stempel der Meldebehörde | |