



Antrag auf Gewährung von Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindenGG)



IHRE BEHÖRDENNUMMER

Angaben zur Person

Familiennamen		Vorname/n	
Geburtsname und früher geführte Namen		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsort		Geburtsdatum	
Straße Hausnummer		Einzugsdatum	
Ort		Postleitzahl	
Telefon (freiwillig)		E-Mail (freiwillig)	

Haben Sie weitere Wohnsitze? nein ja, wenn ja wo?

Straße Hausnummer	
Ort	Postleitzahl
Straße Hausnummer	
Ort	Postleitzahl

Antrag auf Gewährung von Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindenGG)

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ Bitte Nachweis beifügen.	
Grad der Behinderung	Merkzeichen <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Bl <input type="checkbox"/> RF

Besteht eine rechtliche Betreuung bzw. Vertretungsbefugnis? Bitte Nachweis beifügen.

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	
Familienname vertretungsberechtigte Person	Vorname/n
Straße Hausnummer	
Ort	Postleitzahl

Folgende Behinderungen werden geltend gemacht:

1. <input type="checkbox"/> Blindheit
2. <input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung
Bitte die Augenfachärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz beifügen.

Angaben zur Ursache der Behinderung

Besteht die Behinderung seit Geburt?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, sie ist Folge	
<input type="checkbox"/> eines Unfalls <input type="checkbox"/> einer Krankheit <input type="checkbox"/> einer Kriegseinwirkung <input type="checkbox"/> eines Impfschadens	
Die Behinderung wurde bisher behandelt von:	
Bitte vorhandene Unterlagen beifügen.	
Arzt/Ärztin Krankenhaus	Jahr der Behandlung

Antrag auf Gewährung von Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindenGG)

Angaben zur Pflege

Wer übt die Pflege aus? <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Private Pflegeperson	
Name Pflegedienst	
Familienname (nur bei privater Pflegeperson)	Vorname/n (nur bei privater Pflegeperson)
Straße Hausnummer des Pflegedienstes bzw. der Pflegeperson	
Ort Postleitzahl des Pflegedienstes bzw. der Pflegeperson	
Ist die Pflegeperson mit der behinderten Person verwandt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Verwandtschaftsverhältnis	

Angaben zur teilstationären bzw. stationären Einrichtung

<input type="checkbox"/> Sonderkindergarten <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> WfbM <input type="checkbox"/> Tag- oder Nachtambulanz <input type="checkbox"/> sonstige Tagesbetreuung	
Name der Einrichtung	
Straße Hausnummer	
Ort	Postleitzahl
Sind Sie in einem Heim untergebracht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	monatliche Pflegekosten EUR
Name der Einrichtung	
Straße Hausnummer	
Ort	Postleitzahl
Name des Kostenträgers	
Straße Hausnummer	
Ort	Postleitzahl

Antrag auf Gewährung von Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindenGG)

Es werden folgende Leistungen bezogen:

1. Pflegegeld nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
2. Blindenhilfe nach dem SGB XII	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
3. Pflegezulage nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und nebenrechtlicher Bestimmungen (z.B. Soldatenversorgungsgesetz)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
4. Pflegezuschlag nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
5. Pflegezulage nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
6a. Pflegeleistungen Ihrer Pflegekasse/ Krankenkasse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
6b. Ein Antrag auf Pflegeleistungen wurde gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Datum
7. Pflegeleistungen auf privatrechtlicher Grundlage (z.B. Versicherungen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€
8. Sonstige Pflegeleistungen (Art der Leistung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€

Bitte listen Sie nachfolgend die gewährenden Stellen zu den entsprechenden Ziffern auf:

Bestehen noch weitere Ansprüche ?

Z.B. Beihilfeanspruch nach den Vorschriften für Angehörige im öffentlichen Dienst

nein ja

Art des Anspruchs und gegen wen richtet er sich?

Antrag auf Gewährung von Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindenGG)

Werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) bezogen?

nein ja

Bitte das zuständige Amt für soziale Angelegenheiten (Versorgungsamt) und die Grundlistennummer angeben.

Angaben zur Bankverbindung

Kontoinhaber:in

Geldinstitut

IBAN	BIC (nur für ausländische Geldinstitute)

Ich ermächtige hiermit das o.g. Geldinstitut, überzahlte bzw. zu Unrecht erhaltene Leistungen auf Anforderung des Amtes für soziale Leistungen Mainz zurück zu zahlen. Diese Ermächtigung wird auch mit Wirkung gegenüber meinen Erbinnen und Erben erteilt und kann von diesen nicht widerrufen werden. Sie gilt aus bankrechtlichen Gründen uneingeschränkt.

Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Ärzte bzw. Ärztinnen, die mich behandelt haben oder denen ich vorgestellt werde, entbinde ich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- a) jede Änderung der Umstände, welche für die Gewährung von Blindengeld maßgebend ist, der Bewilligungsbehörde unverzüglich und unaufgefordert mitgeteilt werden muss. Dies gilt insbesondere für anrechenbare Pflegeleistungen oder die Aufnahme in Anstalten, Heimen und gleichartigen Einrichtungen sowie in teilstationären Einrichtungen. Auch Aufenthalte von mehr als 28 Tagen in Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen etc. sind zu melden.
- b) zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind, insbesondere wenn die nach Buchstabe a) genannte Mitteilungspflicht nicht beachtet wurde.
- c) eventuell entstehende Kosten für augenfachärztliche Untersuchungen oder augenfachärztliche Bescheinigungen von mir selbst zu tragen sind, wenn diese für die Feststellung des Leistungsanspruchs erforderlich sind.

Ort | Datum

Unterschrift der antragstellenden Person
bzw. der gesetzlichen Vertretungsperson