

# ANTRAG

## Gewährung Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindenGG)

Name ( und Geburtsname), Vorname	Geburtsdatum
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	Geburtsort
Wohnort, Straße	Seit wann
Aufenthaltsverhältnisse :	
<input type="checkbox"/> Gesetzl. Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer Name, Anschrift	Wirkungskreis ( Bestallung beifügen )

### Folgende Behinderung wird geltend gemacht :

(1) Blindheit bzw. Gleichstellung nach § 1 Landesblindengeldgesetz	(2)
<b>Ursache der Behinderung:</b> <input type="checkbox"/> von Geburt <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Kriegseinwirkung <input type="checkbox"/> Impfschaden Die Behinderung wurde bisher behandelt: ( bitte Arzt bzw. Krankenhaus angeben und ärztliche Bescheinigungen beifügen ) Wann:	
Der Antragsteller/Die Antragstellerin besitzt einen (Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> Schwerbeschädigtenausweis <input type="checkbox"/> Schwerkriegsbeschädigtenausweis Ausstellende Behörde :	
<b>Es wird folgende teilstationäre Einrichtung besucht:</b> <input type="checkbox"/> Sonderkindergarten <input type="checkbox"/> Sonderschule <input type="checkbox"/> Werkstatt für Behinderte <input type="checkbox"/> Tag- oder Nachtambulanz <input type="checkbox"/> sonstige Tagesbetreuungsstelle Name der Einrichtung: Anschrift:	

### Es werden folgende Pflegeleistungen bezogen ( bitte Bescheid beifügen ) :

1. Pflegegeld der Krankenkasse €	5. Pflegezulage nach dem BEG €
2. Häusliche Pflegehilfe als Sachleistungen der Krankenkasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	6. Pflegeleistungen nach versicherungsrechtlichen Vorschriften €
3. Pflegezulage nach dem BVG und nebenrechtlicher Bestimmungen ( z. B. Soldatenversorgungsgesetz )	7. Pflegeleistungen auf privatrechtlicher Grundlage ( z. B. Versicherungen ) €

<p>4. Pflegezulage nach dem LAG €</p> <p>Gewährende Stellen (Ziff. Angeben):</p>	<p>8. Sonstige Pflegeleistungen €</p> <hr/> <p>9. Besteht Anspruch auf Beihilfe nach den Beihilfavorschriften</p> <p>des öffentlichen Dienstes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>ggf. Name und Anschrift der Beihilfestelle:</p>
--------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Falls noch ein weiterer Anspruch auf eine o. g. Leistungen besteht:**

Art des Anspruchs:	
Seit wann besteht der Anspruch ?	
Gegen wen richtet sich der Anspruch	
Werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz bezogen ? Ggf. bitte das hierfür zuständige Versorgungsamt und die Grundlistennummer angeben	
Name und Anschrift der Krankenkasse	
Zahlungen sollen auf folgendes Konto erfolgen (IBAN und BIC):	
<p><b>Der Landesblindengeldbescheid soll neben der Schriftform</b></p> <p><input type="checkbox"/> vorgelesen <input type="checkbox"/> elektronisch Übermittelt als Word- oder PDF-Datei <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">Email-Adresse:</p>	
<p>Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.</p> <p>Ich bin darauf hingewiesen worden, dass</p> <p>a) jede Änderung der Umstände, welche für die Gewährung des Landesblindengeldes maßgeblich sind, der Bewilligungsbehörde unverzüglich und unaufgefordert mitgeteilt werden muss. Dies gilt insbesondere für anrechenbare Pflegegeldleistungen oder die Aufnahme in Krankenhäuser, Heimen, Anstalten und gleichartigen Einrichtungen sowie in teilstationären Einrichtungen;</p> <p>b) überbezahlte Beträge zu erstatten sind, insbesondere wenn die nach Buchstabe a) genannten Mitteilungspflicht nicht beachtet wurde.</p> <p>Ich entbinde die behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.</p> <p>Ich ermächtige die Bewilligungsbehörde bei Inanspruchnahme einer besonderen Pflegekraft oder einer Pflegeeinrichtung das vereinbarte Pflegeentgelt vom bewilligten Landespflegegeld einzubehalten und auf Antrag an die besondere Pflegekraft oder die Pflegeeinrichtung ( Anstellungsträger ) unmittelbar auszuzahlen.</p>	
<p>_____</p> <p>Ort, Datum</p>	<p>_____</p> <p>eigenhändige Unterschrift oder die des gesetzl. Vertreters</p>