

Pflegegeld nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfGG)

Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindenGG)

1. Angaben zur nachfragenden Person	
Name (ggf. Geburtsname), Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Geburtsort
PLZ	Wohnort (ggf. letzter Wohnort / seit wann)
Familienstand (ledig / verheiratet / getr. lebend / geschieden / verwitwet)	Seit Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Krankenkasse / Pflegekasse	Versicherungsnummer
Staatsangehörigkeit	Tel.-Nr.
Ein Schwerbehindertenausweis ist <input type="checkbox"/> nicht ausgestellt <input type="checkbox"/> ausgestellt (Kopie von beiden Seiten liegt bei)	
Gesetzlicher Vertreter - Betreuer Name/Anschrift/Wirkungskreis (Bestellungsurkunde bitte beifügen)	

2. Bankverbindung der nachfragenden Person (Zahlungen sollen auf folgendes Konto erfolgen) Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen	
Name/Bezeichnung des Kreditinstitutes (Bank/Sparkasse/Postbank)	
IBAN-Nr.:	BIC:

3. Bescheid Empfängerin/Bescheid Empfänger (nur auszufüllen bei Landesblindengeld)	
Zur Bekanntgabe des Bewilligungs- / Ablehnungsbescheides bitte auswählen:	
<input type="checkbox"/>	Bescheid zusätzlich per Email (Sprachcomputer vorhanden) E-Mail Adresse: _____
<input type="checkbox"/>	Bescheid an o.g. Adresse, wird von folgender Person vorgelesen:

4. Folgende Behinderungen werden geltend gemacht:	
I.	Landespflegegeld
<input type="checkbox"/>	Verlust beider Beine im Oberschenkel; eine prothetische Versorgung ist nicht möglich bzw. es liegt eine weitere wesentliche Behinderung vor
<input type="checkbox"/>	Verlust beider Hände (Ohnhänder)
<input type="checkbox"/>	Verlust dreier Gliedmaßen
<input type="checkbox"/>	Lähmungen oder sonstige Bewegungsbehinderungen, wenn diese Behinderungen denjenigen der in den Ziffern 1 bis 3 genannten gleichkommen
<input type="checkbox"/>	Hirnbeschädigungen mit schweren körperlichen und schweren geistigen oder seelischen Störungen und Gebrauchsbehinderung mehrerer Gliedmaßen
<input type="checkbox"/>	Schwere geistige oder seelische Behinderung bei Personen, die wegen dauernder und außergewöhnlicher motorischer Unruhe ständiger Aufsicht bedürfen
<input type="checkbox"/>	ein dauerndes Krankenlager erfordernder außergewöhnlicher Leidenszustand oder außergewöhnliche Pflegebedürftigkeit aus anderen Gründen (die mit einer Behinderung nach den Ziffern 1 bis 7 vergleichbar sind)
II.	Landesblindengeld
<input type="checkbox"/>	Blindheit, bzw. Sehschärfe auf dem besserem Auge nicht mehr als ein Fünfstel oder eine Gleichzuachtende, nicht nur vorübergehende Störung des Sehvermögens

5. Ursache der Behinderung:	
<input type="checkbox"/> von Geburt	<input type="checkbox"/> Unfall
<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Kriegseinwirkung
<input type="checkbox"/> Sonstige Ursachen	
Die Behinderung wurde bisher behandelt von: (Bitte Arzt bzw. Krankenhaus angeben und vorhandene Unterlagen beifügen/Zeit der Behandlung)	
Wann fand die Behandlung statt (Monat, Jahr)?	

6. Es wird folgende teilstationäre Einrichtung/Schule besucht:	
<input type="checkbox"/>	Es wird keine teilstationäre Einrichtung besucht
<input type="checkbox"/>	Es wird folgende teilstationäre Einrichtung besucht
<input type="checkbox"/> Sonderkindergarten	<input type="checkbox"/> Sonderschule
<input type="checkbox"/> Tag- oder Nachtambulanz	<input type="checkbox"/> sonstige Schule
Name der Einrichtung u. Anschrift	
<input type="checkbox"/> Werkstatt für behinderte Menschen	<input type="checkbox"/> sonstige Tagesbetreuung

7. Weitere Leistungsansprüche	
Es werden folgende Pflegeleistungen bezogen:	
1. Pflegegeld nach dem SGB XII	_____ €
2. Blindengeld nach dem SGB XII	_____ €
3. Pflegegeld nach dem BVG u. nebenrechtl. Bestimmungen (z. B. Soldatenversorgung)	_____ €
4. Pflegezulage nach dem LAG	_____ €
5. Pflegezulage nach dem BEG	_____ €
6. Pflegeleistungen nach versicherungsrechtlichen Vorschriften (z.B. Pflegekasse)	_____ €
7. Pflegegeldleistungen auf privatrechtlicher Grundlage (z. B. Versicherungen)	_____ €
8. Sonstige Pflegeleistungen	_____ €
9. Ist oder war der Behinderte, der Ehegatte oder ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt, so dass ein Anspruch auf Beihilfe für Angehörige des öffentlichen Dienstes besteht? (Anschrift der Besoldungs- oder Versorgungsstelle, Personalnummer)	_____ €
Gewährende Stelle (Ziffer angeben):	
Falls noch ein weiterer Anspruch auf eine der 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 (z. B. Grundrente, Elternrente usw.)	

**Schweigepflichtentbindungserklärung
im Zusammenhang mit amtsärztlichen/versorgungsärztlichen Untersuchungen, sowie
Untersuchungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in
Landespflegegeld- und Landesblindengeldangelegenheiten**

I. Hinweise

Da die Entscheidung über die Leistung von Sozialhilfe/Landespflegegeld/Landesblindengeld von Ihrem Gesundheitszustand abhängt, benötigen wir ein amtsärztliches Gutachten des zuständigen Gesundheitsamtes/Amtes für soziale Angelegenheiten, bzw. des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK).

Das Gutachten muss die für die Entscheidung notwendigen Angaben enthalten, hierzu gehören
- Soweit dies im Einzelfalle erforderlich ist - die Diagnose sowie eine Stellungnahme zu Umfang und Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung bzw. Behinderungen.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist Ihre Einwilligung dazu erforderlich, dass

1. wir das zuständige Gesundheitsamt / Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung oder den MDK beauftragen, Sie zu untersuchen und
2. das Gesundheitsamt /das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung bzw. der MDK / die Pflegekasse uns das aufgrund der Untersuchung erstellte Gutachten zuleitet.

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir berechtigt sind, die Leistung von Sozialhilfe/ Landespflegegeld/ Landesblindengeld abzulehnen bzw. zu entziehen, wenn und solange Sie sich weigern sollten, an einer zumutbaren Untersuchung mitzuwirken, wenn hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert wird.

II. Erklärung

In Kenntnis der vorstehenden Hinweise erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kreisverwaltung Rhein-Pfalz-Kreis das zuständige Gesundheitsamt / Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung, bzw. den MDK mit der Durchführung einer Untersuchung beauftragt und dass das Gesundheitsamt/das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung, bzw. der MDK oder die Pflegekasse das aufgrund einer Untersuchung erstellte Gutachten der Kreisverwaltung Rhein-Pfalz-Kreis zuleitet.

Name, Anschrift des behandelnden Arztes

Ich,

Name (ggf. Geburtsname), Vorname	Geburtsdatum
----------------------------------	--------------

versichere, die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

a) jede Änderung der Umstände, welche für die Gewährung des Blinden-/Pflegegeldes maßgebend sind, der Bewilligungsbehörde unverzüglich und unaufgefordert mitgeteilt werden muss. Dies gilt insbesondere für anrechenbare Pflegeleistungen oder die Aufnahme in Anstalten, Heime u. gleichartige Einrichtungen sowie teilstationäre Einrichtungen.

b) überzahlte Beträge zu erstatten sind, insbesondere wenn die nach Buchstabe
a) genannte Mitteilungspflicht nicht beachtet wurde,

Ort, Datum

Unterschrift *

* Bei Minderjährigen ist der Antrag durch den gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben.

Vollmacht

Hiermit bestätige ich

(Name des / der Vollmachtserteilenden)

Frau / Herrn

(Name des / der Bevollmächtigten)

In meinen Namen in der Angelegenheiten des Blindengeldes nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindenGG) tätig zu werden.

(Datum / Ort / Unterschrift des/der Blindengeldberechtigten bzw. Antragsteller / -stellerin)

Bemerkung:

Sollte der/die blinde Antragsteller/in aufgrund einer Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage sein, rechtswirksam eine Vollmacht zu erteilen, müsste beim zuständigen Amtsgericht die Errichtung einer rechtlichen Betreuung angeregt werden.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass die Gewährung des Landesblindengeldes von der Beantragung des/der blinden Antragsteller/in selbst bzw. von der Vorlage einer Vollmacht oder der Urkunde des Amtsgerichts über die Bestellung abhängig ist. Bis zur endgültigen Errichtung einer Betreuung genügt eine Bestätigung des Amtsgerichts über die Anregung einer Betreuung, da in der Regel die Einrichtung der Betreuung selbst einiger Zeit bedarf.