

Zutreffendes bitte ankreuzen
und ausfüllen

Antrag auf Gewährung von Blindengeld (Landesblindengeldgesetz (LBlindenGG) von Rheinland-Pfalz vom 28.03.1995 in der aktuellen Fassung)

Hinweis:

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 9 Landesblindengeldgesetz (LBlindenGG) i.V.m. § 67 ff. Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Der Antragsteller erklärt sich mit der Antragstellung zur v.g. Datenerhebung und -verarbeitung einverstanden. Wir weisen darauf hin, dass die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird § 9 LBlindenGG i.V.m. § 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I -). Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 9 LBlindenGG i.V.m. § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

Antragsteller/-in

Nachname, Namenszusatz, Vorname, Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Familienstand

ledig verheiratet verwitwet getrennt lebend geschieden

Anschrift

Straße, Hausnummer, Zusatz, Postleitzahl, Ort

Telefon

Bei Ausländern/Ausländerinnen: Aufenthaltsstaus

- Aufenthaltserlaubnis
- Niederlassungserlaubnis
- sonstiger Ausländer/sonstige Ausländerin (EU, Schweiz)
- Asylberechtigte (r)
- aufenthaltsbefugt
- Kontingentflüchtling
- Asylbewerber/-in
- sonstiger Personenkreis AsylbLG

Aufenthaltserlaubnis/Duldung von bis (Nachweis erforderlich)

Bankverbindung (evtl. zu gewährenden Geldleistungen)

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN:

Name des Kontoinhabers:

Kontoinhaber/-in ist: Antragssteller/in

vertreten durch: _____

(Nachweis beifügen)

Betreuerausweis

Vollmacht

**Bitte die nachstehend aufgeführten Fragen
vollständig beantworten!**

1. **Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt?** ja nein
(Wenn ja, bitte unbedingt Fotokopie der Vorder- und Rückseite des Ausweises beifügen!)

2. **Besteht für den blinden Menschen Freiheitsentzug oder Sicherungsverwahrung oder ist aufgrund richterlichen Urteils die Unterbringung angeordnet?** ja nein

3. **Tätigkeit/Situation des blinden Menschen**
 berufstätig beschäftigt in Ausbildung als

4. **Es wird folgende teilstationäre Einrichtung besucht:**

Sonderkindergarten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonderschule	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Werkstatt für Behinderte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tag-Nachtklinik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tagesbetreuungsstätte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schule (Grund- und weiterführende Schulen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Name der Einrichtung: _____

5. **Unterbringung in einem Heim oder sonstiger stationärer Einrichtung**

Eine Unterbringung ist geplant (ab wann? _____) ja nein

Eine Unterbringung besteht ja nein

Name und Anschrift der Einrichtung

Heimaufnahme erfolgte am: _____

6. **Die Sehbehinderung /Blindheit ist zurückzuführen auf**

- Arbeits-/Verkehrs- oder sonstigen Unfall oder strafbare Handlung ja nein
- Kriegs-/Wehrdienstschaden, Impfschaden usw. ja nein
- Erkrankung ja nein
- angeborene Behinderung ja nein
- sonstige Gründe ja nein

7. **Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) auch private Pflegekasse/Pflegeversicherung**

Sind Leistungen bei der Pflegekasse beantragt? ja nein

Werden solche Leistungen bereits gewährt? ja nein

Pflegegrad : _____

Wurden solche Leistungen abgelehnt?
(Wenn ja, bitte Fotokopie des Ablehnungsbescheides beifügen!) ja nein

Name, Anschrift der Pflegekasse

8. Leistungen wegen Blindheit nach anderen Rechtsvorschriften

wurden beantragt, werden gewährt oder es besteht Anspruch auf:
Pflegeleistungen/Pflegegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung

- Unterhaltshilfe oder Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz ja nein
- Beihilfeansprüche nach öffentlich-rechtlichen Vorschriften ja nein
- Pflegezulage nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) ja nein
- Pflegegeld nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) ja nein
- Blindenhilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) ja nein

9. • Leistungen einer privaten (auch ausländischen)

Unfallversicherung

Haftpflichtversicherung

Art des schädigenden Vorfalls:

ja nein

ja nein

Zeitpunkt:

10. Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

v. Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Koblenz

a) als

Kriegsbeschädigte/r oder

Angehörige/r Hinterbliebene/r

b) als

Berechtigte/r oder

ja nein

Familienangehöriger/ Hinterbliebene/r

ja nein

nach dem Infektionsgesetz (IfSG), Opferentschädigungsgesetz (OEG),

ja nein

Soldatenversorgungsgesetz (SVG), sonstigen anderen

ja nein

Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht

11. Sonstige Leistungen wegen Blindheit (auch ausländische Leistungen)

ja nein

Erklärung zu den Antragsangaben und zur Mitteilungspflicht

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für den Anspruch auf Blindengeld maßgeblich sind - insbesondere **Augenoperationen, Änderungen der Sehfähigkeit, Änderungen des Aufenthaltsortes bzw. längerer Aufenthalt außerhalb von Rheinland-Pfalz, Heimaufnahme, stationärer Krankenhausaufenthalt, Reha-Maßnahme** oder den **Erhalt von Pflegekassenleistungen – unverzüglich und unaufgefordert** mitzuteilen. Es ist mir bekannt, dass zu Unrecht gezahlte Leistungen wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben von mir zurückzuzahlen sind.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich zu den Angaben, die für die beantragte Leistung erheblich sind, nach § 8 LBlindenGG bzw. §§ 60 ff Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) verpflichtet bin.

Erklärung zur medizinischen Schweigepflicht und zum Datenschutz

Der Vorlage der medizinischen und sonstigen Unterlagen bei Gutachtern, Ärzten, dem Amt für Soziale Angelegenheiten (Schwerbehindertenrecht), Reha-Einrichtungen, Beihilfestellen, Krankenhäusern und des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sowie der Einsichtnahme in Unterlagen bei den genannten Stellen, zur Klärung des Blindengeldanspruches und der Pflegebedürftigkeit stimme ich zu und entbinde hiermit insoweit die beteiligten Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

Der Landkreis Neuwied bzw. die von diesem beauftragte Stelle - als Träger der Sozialhilfe- ist auch zur Weitergabe dieser Daten und der vom Antragsteller selbst gemachten Angaben im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben –z.B. nach dem SGB XII, SGB X, LPfFIGG, LBlindenGG-befugt.

Hinweis zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die mit diesem Antrag einschließlich der ärztlichen Bescheinigungen erhobenen personenbezogenen Daten sind zur Durchführung des Gesetzes über Landesblindengeld bzw. Bearbeitung dieses Antrages erforderlich (§ 67 a Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch - SGB X -). Die erhobenen Daten werden durch ein automatisches Verfahren für Zwecke der Blindengeldbearbeitung gespeichert und verarbeitet.

Der Antrag kann nur ohne Verzögerung bearbeitet werden, wenn alle Fragen sorgfältig beantwortet und die erforderlichen Bescheinigungen beigefügt sind.

Die Beantwortung der folgenden Frage ist verpflichtend:

Ich bin damit einverstanden,

Ich bin damit nicht einverstanden,

dass mir die aus dem Antrag resultierenden Schreiben/Bescheide in Schriftform übermittelt werden sollen.

Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, so bitten wir um Angabe in welcher Form Sie Kenntnis vom Inhalt der Schreiben/Bescheide erhalten wollen:

Ort, Datum, Unterschrift des Antragsstellers Ehegatten/Ehegattin Vertreter/in

<p>Ich bestätige, dass ich Kenntnis vom Inhalt des Antrages und insbesondere der Erklärungen bezüglich der Mitteilungspflicht gem. § 8 LBlindenGG erlangt habe.</p>
--

Ort, Datum, Unterschrift des <input type="checkbox"/> Antragsstellers <input type="checkbox"/> Ehegatten/Ehegattin <input type="checkbox"/> Vertreter/in
--