

**Antrag auf Gewährung von Blindengeld  
nach dem Landesblindengeldgesetz Rheinland-Pfalz (LBlindenGG)  
vom 28. März 1995**

Eingangsdatum
---------------

Name, Vorname, ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum und -ort	Familienstand
wohnhaft	Telefon
Name, Vorname, Anschrift des nächsten Angehörigen	Verwandtschaftsverhältnis
Name, Vorname, Anschrift des Betreuers ( <i>Bestellungsurkunde beifügen</i> )	
Versichert bei folgender Krankenkasse	
Ein Schwerbehindertenausweis ist <input type="checkbox"/> nicht ausgestellt <input type="checkbox"/> ausgestellt ( <i>Kopie von beiden Seiten beifügen</i> )	

<p><b>Ursache der Sehbehinderung:</b> <input type="checkbox"/> von Geburt <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Kriegseinwirkung <input type="checkbox"/> Unfall Die Sehbehinderung wurde bisher behandelt von:</p> <p><i>(ggf. augenfachärztliche Bescheinigung beifügen)</i></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>Bei Unfall oder anderen Schadensereignissen:</b> Bestehen Ansprüche auf Schadenersatz gegen Dritte? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Name, Anschrift</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>Wird eine Einrichtung besucht?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende</p> <p><input type="checkbox"/> Kindergarten/Sonderkindergarten <input type="checkbox"/> Schule/Sonderschule <input type="checkbox"/> Werkstatt für Behinderte <input type="checkbox"/> Altenheim/Pflegeheim/Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Tag- und Nachtambulanz <input type="checkbox"/> sonstige Betreuungsstätte <input type="checkbox"/> Internat Name und Anschrift der Einrichtung</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>Werden Pflegeleistungen bezogen?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Beantragt <i>(bei allen Leistungsarten Kopie des Bescheides beifügen)</i></p>	
EURO	
<input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)	
<input type="checkbox"/> Blindenhilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)	
<input type="checkbox"/> Pflegezulage nach dem BVG (Bundesversorgungsgesetz), LAG (Lastenausgleichsgesetz) oder BEG (Bundesentschädigungsgesetz)	
<input type="checkbox"/> Pflegeleistungen der Berufsgenossenschaften	
<input type="checkbox"/> Sonstige Pflegeleistungen (z.B. Haftpflicht)	
<input type="checkbox"/> Pflegegeld/-leistungen der Pflegekasse nach SGB XI nach	
<input type="checkbox"/> Pflegestufe I <input type="checkbox"/> Pflegestufe II oder III	

**Zahlungen können nur auf das Konto des Blindengeldberechtigten bzw. gesetzlichen Vertreters erfolgen.**

Geldinstitut

Bankleitzahl

Konto Nummer

Ich ermächtige das Geldinstitut, an das die Leistung überwiesen wird, mit Wirkung auch meinen Erben und etwaigen Verfügungsberechtigten gegenüber, überzahlte Beträge auf Anforderung der Blindengeldstelle der Kreisverwaltung Bernkastel-Wittlich zurückzuzahlen und Auskünfte zu erteilen, die zur Rückforderung überzahlter Beträge erforderlich sind.

**Ich versichere vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.**

**Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass**

1. ich oder mein gesetzlicher Vertreter jede Änderung in meinen persönlichen Verhältnissen unverzüglich und unaufgefordert dem Fachbereich 30 (Soziale Hilfen) der Kreisverwaltung Bernkastel-Wittlich mitzuteilen habe.  
Dies gilt insbesondere für:
  - Änderungen des Sehvermögens
  - Umzug
  - Todesfall
  - Aufnahme in eine Einrichtung zur teil- oder vollstationären Betreuung (z.B. Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim, Reha-Klinik, Kurzzeitpflegeeinrichtung, Schule, Kindergarten, Internat)
  - Erhalt oder die Änderung von Pflegeleistungen der Pflegekassen oder Beihilfestellen
  - Erhalt oder die Änderung von Leistungen, die wegen der Sehbehinderung von anderen Stellen gewährt werden.
2. das Blindengeld bei Aufnahme in eine Einrichtung zur teilstationären Betreuung zu kürzen ist
3. die Pflegeleistungen seitens der Pflegekassen oder Beihilfestellen auf das Blindengeld anzurechnen sind,
4. bei vollstationärer Aufnahme in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung der Blindengeldanspruch ab der fünften Woche nach der Aufnahme in die Einrichtung ruht,
5. zu Unrecht gezahlten Leistungen zu erstatten sind, insbesondere wenn die nach Ziffer 1. genannte Mitteilungspflicht nicht beachtet wurde.

Ich entbinde hiermit alle Ärzte; Kliniken, ärztliche Gutachter und den medizinischen Dienst der Krankenkassen von der ärztlichen Schweigepflicht für die im Rahmen des Landesblindengeldgesetzes benötigten Auskünfte gegenüber dem zuständigen Leistungsträger. Ich ermächtige hiermit meiner Kranken-/Pflegekasse bzw. Beihilfestelle und das Amt für soziale Angelegenheiten, alle medizinischen Unterlagen – insbesondere die Bescheide über den Bezug von Pflegeleistungen und die Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen – der Kreisverwaltung Bernkastel-Wittlich zur Verfügung zu stellen, soweit dies für die Bewilligung und Zahlung des Blindengeldes erforderlich ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers/gesetzlichen Vertreters