

**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	
<p>Zum Nachweis der Sehbehinderung ist grundsätzlich die Vorlage eines Schwerbehindertenausweises / Feststellungsbescheides nach § 69 SGB IX mit dem Merkzeichen „BL“ erforderlich.</p> <p><input type="checkbox"/> Ein Antrag nach § 69 SGB IX wurde gestellt. Der Bescheid <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> liegt noch nicht vor.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich einen Antrag nach § 69 SGB IX nicht gestellt habe und nicht stellen werde. Daher ist eine augenfachärztliche Bescheinigung auf amtlichem Vordruck beigefügt.</p>	

Ursache der Sehbehinderung: von Geburt Krankheit Kriegseinwirkung Unfall

Bei Unfall oder anderen Schadensereignissen:
Bestehen Ansprüche auf Schadenersatz gegen Dritte?
 Nein Ja, Name, Anschrift

Wird eine Einrichtung besucht? Nein Ja, folgende

Kindergarten/Sonderkindergarten Schule/Sonderschule Werkstatt für Behinderte

Altenheim/Pflegeheim/Kurzzeitpflege Tag- und Nachtambulanz sonstige Betreuungsstätte

Internat

Name und Anschrift der Einrichtung

Werden Pflegeleistungen bezogen? Nein Ja Beantragt

(*bei Belege beifügen*)

	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 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3, 4 oder 5	

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

Geldinstitut

IBAN - 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.

Datum

Unterschrift

Bei Vertretung:

als gesetzlicher Vertreter

als bevollmächtigter Vertreter

Folgende Unterlagen sind beigelegt:

Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „BL“

Feststellungsbescheid mit Merkzeichen „BL“

Augenfachärztliche Bescheinigung auf amtlichem Vordruck

Vollmacht

Betreuernachweis

Bescheid der Pflegeversicherung