

Absender:

Ausgabe-Datum:
Eingangs-Datum:



Landkreis Bad Doberan
Sozialamt
August-Bebel-Str. 3
18209 Bad Doberan

**Antrag auf Gewährung des Blindengeldes
nach dem Landesblindengeldgesetz**

1. Blindengeld wird beantragt für (Berechtigte/r) :

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____

Tag der Geburt: _____
Telefon: _____

**2. Leben Sie in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung?
(z. B. Alten- bzw. Pflegeheim)**

Nein

Ja In welcher (genaue Anschrift)

nur tagsüber _____
dauernd _____

Die monatlichen Kosten hierfür in Höhe von _____ EUR werden wie folgt aufgebracht:

Von einem öffentlichen Kostenträger (z. B. Pflegekasse, Sozialhilfeträger)

Name, Anschrift:

Pflegekasse:	_____	Höhe mtl. In EUR	_____
Sozialhilfeträger:	_____	Höhe mtl. In EUR	_____
Von Ihnen:	_____	Höhe mtl. In EUR	_____
Von unterhaltspflichtigen Dritten:	_____	Höhe mtl. In EUR	_____

**3. Erhalten Sie zum Ausgleich der durch die Blindheit bedingte Mehraufwendungen
Leistungen nach anderen öffentlich – rechtlichen Vorschriften? (Bescheide bitte beifügen)**

nein ja Höhe mtl. In EUR

Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 BVG	_____	_____	_____
Pflegezulage nach § 269 Abs. 2 BVG	_____	_____	_____
Pflegezulage nach § 558 Abs. 3 BVG	_____	_____	_____

4. Nähere Angehörige (Ehegatte, Eltern, Kinder, Betreuer)

Name	Vorname	Verwandtschaftsverhältnis	Anschrift	Straße
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

5. Gezahlt werden soll an:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geldinstitut: _____

Konto - Nr.: _____

BLZ: _____

Soll das Blindengeld nicht auf Ihr Konto überwiesen werden, ist eine Einverständniserklärung beizufügen.

6. Sind Sie im Besitz eines Feststellungsbescheides des Versorgungsamtes?

ja _____

nein _____

a) Wenn ja, wurde das Merkzeichen " BL " im Schwerbehindertenausweis zuerkannt? **(Bitte Kopie beifügen)**

ja _____

nein _____

b) Wenn nein, wurde ein Schwerbehindertenausweis beantragt?

ja _____

nein _____

Wenn ja, bei wem und wann?

Antragsdatum: | _____

Adresse: | _____

7. Zum Nachweis der Erblindung werden beigefügt (Augenärztliches Gutachten) :

8. Haben Sie bereits zuvor Landesblindengeld erhalten?

ja _____

nein _____

Höhe _____

Anschrift der Behörde: _____

9. Angaben zu Leistungen nach dem Pflege – Versicherungsgesetz

Anschrift der Pflegekasse: _____

Haben Sie bei Ihrer Pflegekasse bereits einen Antrag auf Leistungen für häusliche Pflege gestellt?

ja _____

nein _____

Wenn ja, haben Sie von Ihrer Pflegekasse einen Bescheid über die Gewährung von Leistungen erhalten?
(Bitte Kopie beifügen)

ja _____

nein _____

Beabsichtigen Sie, bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen für die häusliche Pflege zu stellen?

ja _____

nein _____

Erhielten Sie vor dem 01.04.1995 aufgrund einer Schwerpflegebedürftigkeit von Ihrer Krankenkasse eine Geldleistung in Höhe von 400,00 DM?

ja _____

nein _____

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erlangte Beträge zurückzahlen muss.

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich davon unterrichtet bin, dass ich jede Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung des Landesblindengeldes maßgebend sind, insbesondere Wechsel des Aufenthaltsortes, Empfang oder Änderung in der Höhe von Leistungen wegen Blindheit nach anderen Rechtsvorschriften oder Aufnahme in ein Heim bzw. eine Anstalt, unverzüglich dem zuständigen Landkreis anzuzeigen habe. Ich bin damit einverstanden, dass das Sozialamt des Landkreises Bad Doberan bei meiner Pflegekasse das Ergebnis der Begutachtung im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit abfordern kann.

Ort / Datum

Unterschrift