



Antrag auf Bewilligung von

Blindengeld nach dem Hessischen Landesblindengeldgesetz

Blindenhilfe im Rahmen der Kriegsoferfürsorge

Landeswohlfahrtsverband Hessen
 Überörtlicher Sozialhilfeträger
 Zielgruppenmanagement 204
 Hauptfürsorgestelle
 Kölnische Straße 30

34117 Kassel

Antragseingang

1. Angaben zur nachfragenden Person

| | | |
|-----|--|---|
| 1.1 | Name | Geburtsdatum |
| 1.2 | Vorname | Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| 1.3 | Ggf. Geburtsname | Tel.-Nr. |
| 1.4 | Familienstand (ledig / verheiratet / getr. lebend / geschieden / verwitwet) seit | |
| 1.5 | Straße, Hausnummer | |
| 1.6 | PLZ | Wohnort - ggf. letzter Wohnort vor der Aufnahme in der Einrichtung |
| 1.7 | Staatsangehörigkeit (bei ausländischer Staatsbürgerschaft ist <u>unbedingt</u> eine Kopie des Aufenthaltstitels beizufügen) | |

2. Bankverbindung der nachfragenden Person

(Ist die nachfragende Person nicht Zahlungsempfänger, ist Anlage 1 vollständig auszufüllen und beizufügen!)

| | | |
|-----|--|-------------|
| 2.1 | Name/Bezeichnung des Kreditinstitutes (Bank/Sparkasse/Postscheckamt) | |
| 2.2 | Bankleitzahl | Kontonummer |

3. Bescheidempfänger/Bescheidempfängerin bzw. Erziehungsberechtigte/Erziehungsberechtigter

(Nur ausfüllen, wenn der Bescheid nicht der nachfragenden Person zugestellt werden soll!)

| | | |
|-----|--|---------------------|
| 3.1 | Vor- und Zuname des Bescheidempfängers/der Bescheidempfängerin | |
| 3.2 | Straße, Hausnummer | |
| 3.3 | PLZ | Wohnort |
| | | Tel.-Nr. (tagsüber) |

4. Weitere persönliche Angaben

| | |
|-----|--|
| 4.1 | <p>Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt oder beantragt?</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> vom Versorgungsamt _____ AZ _____</p> <p>beantragt <input type="checkbox"/> am _____ bei Versorgungsamt _____</p> |
| 4.2 | <p>Besteht ein gerichtliches Betreuungsverhältnis bzw. eine Vormundschaft?</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> Name / Anschrift _____</p> <p style="text-align: center;">(Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen - aus den Unterlagen muss der Aufgabenkreis hervorgehen!)</p> <p>beantragt <input type="checkbox"/> am _____ bei Amtsgericht _____</p> |
| 4.3 | <p>Erfolgt zur Zeit eine vollstationäre Betreuung in einer Einrichtung (z.B. Pflegeheim)?</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> geplant ab _____</p> <p>JA <input type="checkbox"/> seit _____</p> <p>Name, Anschrift der Einrichtung _____</p> <p>Name, Anschrift der Kostenträgers _____</p> |
| 4.4 | <p>Aufenthalt der letzten zwei Monate vor der Aufnahme in die Einrichtung</p> <p>von _____ bis _____ Straße _____ Wohnort _____</p> |
| 4.5 | <p>Wird eine Schule für blinde oder sehbehinderte Menschen besucht?</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/></p> <p>Name, Anschrift der Schule _____</p> <p>Erfolgt mit dem Besuch der Schule eine Internatsunterbringung?</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> Name, Anschrift _____</p> <p>Name, Anschrift des Kostenträgers _____</p> |
| 4.6 | <p>Erfolgt derzeit eine internatsmäßige Berufsausbildung/Umschulungsmaßnahme?</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> von _____ bis _____</p> <p>Name der Einrichtung _____</p> <p>Kostenträger _____ dortiges Aktenzeichen _____</p> |
| 4.7 | <p>Haben Sie bereits Blindengeld/Blindenhilfe in einem anderen Bundesland erhalten?</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> von _____ bis _____ (Einstellungsbescheid bitte beifügen!)</p> |
| 4.8 | <p>Ist die Sehbehinderung ganz oder teilweise Folge</p> <p>eines Unfalles NEIN <input type="checkbox"/> oder einer Kriegsverletzung NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/></p> |

5. Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften

| | |
|-----|--|
| 5.1 | <p>Leistungen der Pflegekasse</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> (bitte Bewilligungsbescheid beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegestufe 1 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3</p> <p><input type="checkbox"/> häusliche Pflege <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege</p> <p>beantragt <input type="checkbox"/> am _____ (aber noch nicht abschließend entschieden!) bei Pflegekasse _____</p> |
| 5.2 | <p>Unterhaltshilfe nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG)</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> (bitte Bescheid beifügen) <input type="checkbox"/> mit Pflegezulage <input type="checkbox"/> ohne Pflegezulage</p> <p>beantragt <input type="checkbox"/> am _____ bei _____</p> |
| 5.3 | <p>Sonstige Ansprüche (Pflegezulagen vom Unfallversicherungsträger, Leistungen einer Haftpflichtversicherung, sonstige Schadensersatzansprüche nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch)</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> (bitte Bescheid beifügen)</p> <p>beantragt <input type="checkbox"/> am _____ bei _____</p> |
| 5.4 | <p>Erhalten Sie vom Sozialamt Hilfe zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch-Sozialhilfe (SGB XII) oder haben Sie Hilfe zur Pflege beantragt?</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> vom Sozialamt _____ in Höhe von _____ €</p> <p>beantragt <input type="checkbox"/> am _____ bei _____</p> |
| 5.5 | <p>a) Leistungen vom Versorgungsamt nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) (Kriegsbeschädigten- oder Hinterbliebenenrente, Pflegezulage etc.) einschl. der Gesetze, welche das BVG für anwendbar erklären (Häftlingshilfegesetz, Bundesseuchengesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten, Zivildienstgesetz)</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> (Bitte Kopie des Bescheides des Versorgungsamtes beifügen!)</p> <p>Grdl.-Nr. _____ Amt für Versorgung u. Soziales _____ €</p> <p>b) Hat ein Familienangehöriger/eine Familienangehörige (Eltern, Ehegatten, sonstige/r Angehöriger/Angehörige in häuslicher Gemeinschaft) Ansprüche als Beschädigter nach den vorgenannten Gesetzen?</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> (Bitte Kopie des Bescheides des Versorgungsamtes beifügen!)</p> <p>Verwandtschaftsverhältnis _____</p> <p>Anzugeben sind auch ruhende oder erloschene Ansprüche sowie solche, die wegen der Anrechnung von Einkommen oder Leistungen nach § 44 (5) BVG nicht realisiert werden können.</p> |

6. Ansprechpartner/Ansprechpartnerin für evtl. Rückfragen

| | |
|--------------------|---------|
| Vor- und Zuname | |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ | Wohnort |
| Telefon (tagsüber) | |

7. Erklärung der nachfragenden Person (oder gesetzlicher Vertreter/Betreuer/bevollmächtigte Person)

| |
|---|
| <p>Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind - insbesondere Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel - unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen.</p> <p>Mir ist bekannt, dass die Augenfachärztliche Bescheinigung Bestandteil dieses Antrages ist. Die Augenfachärztliche Bescheinigung ist diesem Antrag beigelegt bzw. wird umgehend nachgereicht.</p> <p>Im Rahmen meiner mir nach allgemeinem Verwaltungsverfahrenrecht (§ 26 Abs. 2 HVwVfG/§ 60 SGB I) obliegenden Mitwirkung bei der Sachverhaltsermittlung erkläre ich mich bereit, Befunde von Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Anforderung der blindengeldbewilligenden Behörde vorzulegen, sofern diese Befunde für die Entscheidung über die Blindengeldbewilligung wichtig sind.</p> <p>Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.</p> <p>Ich ermächtige ebenfalls das Geldinstitut, an das die Leistungen überwiesen wurden, mit Wirkung auch meinen Erben und etwaigen Verfügungsberechtigten gegenüber, überzahlte Beträge auf Anforderung des Leistungsträgers zurück zu überweisen.</p> <p>Einverständniserklärung</p> <p>Falls die erhobenen ärztlichen Befunde die blindengeldbewilligende Stelle nicht zu überzeugen vermögen, dass die medizinischen Voraussetzungen für die Bewilligung von Landesblindengeld/Blindenhilfe erfüllt sind, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorgenannten ärztlichen Unterlagen dem beratenden Facharzt des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen oder einer Augenklinik zur weiteren Begutachtung vorgelegt werden. Sollte eine Vorlage an einen beratenden Facharzt oder eine Augenklinik erfolgen, werde ich entsprechend unterrichtet.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass die augenfachärztlichen Unterlagen auf Anfrage an das zuständige Amt für Versorgung und Soziales zur Einsichtnahme übersandt werden. Dem Landeswohlfahrtsverband Hessen erteile ich die Ermächtigung, medizinische Unterlagen beim Versorgungsamt anzufordern.</p> |
|---|

8. Benachrichtigung über gespeicherte Daten (§ 18 Abs. 2 Hess. Datenschutzgesetz (HDSG))

| |
|---|
| <p>Für die Bewilligung von Blindengeld/Blindenhilfe nach dem Hessischen Landesblindengeldgesetz /Bundesversorgungsgesetz werden die Personalien der nachfragenden Person, bei Minderjährigen zusätzlich die Personalien der Eltern, bei Betreuungsverhältnissen die Personalien des Betreuers, die Bankverbindung, Beginn und Ende der Leistung sowie Höhe und Zahlungszeitpunkt der Leistung für die automatisierte Datenverarbeitung auf der Rechtsgrundlage von § 11 Abs. 1 Hess. Datenschutzgesetz gespeichert.</p> |
|---|

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person - auch handgeführt -,
gesetzlicher Vertreter/Betreuer bzw. bevollmächtigte Person
(Vollmacht bitte beifügen!)