

Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz Rheinland-Pfalz (LBlindenGG)

Name, Vorname, ggf. Geburtsname

Geburtsdatum und -ort

wohnhaft

Telefon-Nr.

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet getrennt lebend / geschieden

Name und Vorname des nächsten Angehörigen

Verwandtschaftsverhältnis

wohnhaft

Telefon-Nr.

Sind oder waren Sie oder Ihr Ehegatte im öffentlichen Dienst beschäftigt? (Bei Kindern: ein Elternteil)

nein

als Beamter

Besteht Beihilfeanspruch?

ja, welche Dienststelle

als Angestellter/Arbeiter

(auch Pauschalbeihilfe)

Ja

Nein

Name, Vorname, Anschrift des Betreuers bzw. Bevollmächtigten (Bestellungsurkunde / Vollmacht beifügen)

Ursache der Sehbehinderung:

von Geburt

Unfall

Krankheit

Kriegseinwirkung

sonstiges (bitte angeben):

Die Behinderung wurde bisher behandelt von (bitte Arzt bzw. Krankenhaus angeben und augenfachärztliche Bescheinigung beifügen)

Bei Unfall oder anderen Schadensereignissen:

Bestehen Ansprüche auf Schmerzensgeld oder Schadenersatz gegen Dritte?

Nein

Ja (Name, Anschrift)

Wird eine Einrichtung besucht?

Nein

Ja, folgende

Kindergarten/Sonderkindergarten

Schule/Sonderschule

Werkstatt für Behinderte

Alten-/Pflegeheim/Kurzzeitpflege

Tages-/Nachtpflege

sonstige Betreuungsstätte

Internat

Name und Anschrift der Einrichtung

Werden Pflegeleistungen bezogen? Ja
(bei allen Leistungsarten Kopie des Bescheides beifügen)

Nein

Beantragt

1. Pflegegeld/-leistungen nach dem Pflegeversicherungs-gesetz (SGB XI)
2. Blindenhilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII
3. Pflegeleistungen der Berufsgenossenschaften
4. Sonstige Pflegeleistungen (z.B. Haftpflichtleistungen oder Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG) oder dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) bzw. Pflegeleistungen nach versicherungsrechtlichen Vorschriften

EUR

Name und Anschrift der Krankenkasse / Pflegekasse und / oder Beihilfestelle

Erhalten Sie eine Versorgungsrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), z.B.: Grundrente, Ausgleichsrente? (diese wird von der Bundeskasse Trier gezahlt und gilt für Kriegsbeschädigte oder Kriegshinterbliebene)

Ja

Nein

Wurde bereits in der Vergangenheit ein Antrag auf Landesblindengeld gestellt?

Ja

Nein

Angaben zur Zahlung des Landesblindengeldes

Name des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Ich ermächtige das Geldinstitut, an das die Leistungen überwiesen werden, mit Wirkung auf meine Erben und etwaigen Verfügungsberechtigten gegenüber, überzahlte Beträge auf Anforderung der Landesblindengeldstelle der Kreisverwaltung Altenkirchen zurückzuzahlen und Auskünfte zu erteilen, die zur Rückzahlung überzahlter Beträge erforderlich sind.

Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Mir ist bekannt, dass ich gesetzlich verpflichtet bin, der Kreisverwaltung Altenkirchen

- a) **jede Änderung der Umstände, die für die Gewährung des Landesblindengeldes maßgebend sind, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen. Dies gilt insbesondere für anrechenbare Pflegegeldleistungen, Umzug oder die Aufnahme in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen sowie in teilstationären Einrichtungen.**
- b) **Überzahlte Beträge sind zu erstatten, insbesondere wenn die nach Buchstabe a) genannten Mitteilungspflichten nicht beachtet wurden.**

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers
(bzw. des gesetzlichen Vertreters)