

## Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose (GHBG)

### Art der beantragten Leistung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Blindengeld  
 Hilfe für hochgradig Sehbehinderte

### 1. Berechtigte/r (für die/den die Leistung beantragt wird)

1.1	Name, Vorname, ggf. Geburtsname	
1.2	Straße, Hausnummer	
1.3	PLZ/Wohnort	
1.4	bei ggf. abweichendem gewöhnlichen Aufenthalt weitere Anschrift	
1.5	F (Vorwahl, Telefon-Nr.)	
1.6	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
1.7	Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> Deutscher	<input type="checkbox"/> Ausländer oder Staatenloser (Bitte Aufenthaltsgenehmigung etc. in Kopie beifügen)
1.8	Stellung im Haushalt <input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> sonstige Person	

### 2. Bankverbindung (Postbarzahlungen sind aus kassentechnischen Gründen nicht möglich)

2.1	Name, Vorname des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin	
2.2	Geldinstitut	
2.3	Konto-Nummer	Bankleitzahl

**3. Der/die Berechtigte befindet sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung (z. B. Altenheim, Blindenheim, Schülerinternat)**

3.1	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
3.2	Anschrift der Einrichtung	
3.3	Letzter gewöhnlicher Aufenthalt vor Aufnahme in die Einrichtung	

**4. Gesetzliche/r Vertreter/in, amtlich bestellte/r Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r**

4.1	Name, Vorname
4.2	Straße, Hausnummer
4.3	PLZ, Wohnort
4.4	bei amtlicher Betreuung bitte Bestellsurkunde beifügen ggf. Verwandtschaftsverhältnis

**5. Der/die Berechtigte erhält zum Ausgleich der durch die Blindheit/hochgradige Sehhinderung bedingten Mehraufwendungen folgende Leistungen:**

**(Bitte entsprechende Bescheide als Nachweis in Kopie beifügen)**

5.1	Pflegezulage nach § 35 Bundesversorgungsgesetz (BVG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	EURO monatlich
5.2	Pflegezulage nach § 267 Lastenausgleichsgesetz (LAG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	EURO monatlich
5.3	Pflegegeld nach § 44 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	EURO monatlich
5.4	aufgrund privatrechtlicher Schadensersatzansprüche	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	EURO monatlich
5.5	Versorgung nach § 1 des Opferentschädigungsgesetzes (OEG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	EURO monatlich
5.6	sonstige ggf. Art der Leistung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	EURO monatlich

Eine Leistung nach Nr. 5.1 - 5.6 wurde beantragt.  nein  ja

**6. Für den/die Berechtigte/n ist ein Schwerbehindertenausweis**

nicht ausgestellt  ausgestellt  
(Bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes beifügen)

nicht beantragt  beantragt beim Versorgungsamt in \_\_\_\_\_

**Ziffer 7 und 8 des Antrages sind nur bei Anträgen auf Blindengeld auszufüllen!**

**7. Der/die Berechtigte erhält Leistungen**

(Bitte entsprechende Bescheide als Nachweis in Kopie beifügen)

7.1	der sozialen Pflegeversicherung nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7.2	einer privaten Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7.3	nach beamtenrechtlichen Vorschriften	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

aufgrund der Pflegebedürftigkeit nach der

Pflegestufe I

Pflegestufe II

Pflegestufe III

Pflegesachleistung	ab	EURO monatlich
Pflegegeld	ab	EURO monatlich
Kombination von Geld- und Sachleistung	ab	EURO monatlich
Tages- und Nachtpflege	ab	EURO monatlich
Kurzzeitpflege	ab	EURO monatlich

Leistende Stelle/n: \_\_\_\_\_

Anträge oder Widersprüche zu den unter Ziffer 7 genannten Leistungen oder der Feststellung des Schweregrades der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) sind

anhängig

nicht anhängig

**8. Der/die Berechtigte erhält**

(Bitte entsprechende Bescheide als Nachweis in Kopie beifügen)

Pflegegeld nach §§ 69 ff Bundessozialhilfegesetz (BSHG) bzw. § 26 c Bundesversorgungsgesetz (BVG)

nein

ja

EURO monatlich \_\_\_\_\_

**9. Anlagen**

fachärztliche Bescheinigung

Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes

Bestellsurkunde

Vollmacht

Aufenthaltsgenehmigung etc. bei Ausländern bzw. Staatenlosen

Zusatzfragebogen für Heimbewohner (nur wenn Blindengeld beantragt wird)

## 10. Einverständnis gegenüber der Versorgungsverwaltung

Ich bin damit einverstanden, daß der Landschaftsverband Rheinland in diesem Verwaltungsverfahren und evtl. sich anschließenden Vorverfahren zur Feststellung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen von den Stellen der Versorgungsverwaltung (Versorgungsämter) die erforderlichen Auskünfte und Unterlagen zur Schädigung der Sehorgane, auch soweit sie von anderen Ärzten und Stellen erstellt sind, erhält.

ja       nein

### Hinweis

Die vorgenannte Erklärung für die Versorgungsverwaltung würde das Verfahren zur Feststellung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen nach dem GHBG erheblich erleichtern. Eine ärztliche Bescheinigung über die Sehschädigung wäre ggf. aufgrund der versorgungsbehördlichen Feststellung in der Schwerbehindertenangelegenheit des/der Berechtigten entbehrlich. Dies kann aber nur in den Fällen zutreffen, in denen das Versorgungsamt **Blindheit** festgestellt hat.

In allen anderen Fällen ist eine fachärztliche Bescheinigung zum Nachweis der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen erforderlich.

## 11. Erklärung

Ich versichere, daß die vorstehenden Angaben, insbesondere über die Leistungen, die zum Ausgleich der durch die Blindheit bzw. hochgradigen Sehbehinderung bedingten Mehraufwendungen gewährt werden, voll der Wahrheit entsprechen und daß keine wichtigen Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, daß ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muß.

Ich bestätige ausdrücklich, daß ich davon unterrichtet bin, daß jede Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung der Leistung maßgebend sind, insbesondere Veränderungen jeder Art der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen (z.B. jede Operation), Wohnsitzveränderungen und Eintritt in eine Einrichtung, unverzüglich dem Landschaftsverband Rheinland mitzuteilen ist (§ 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch - SGB I -).

Ich bin darüber unterrichtet, daß die von mir erbetenen Angaben für die Gewährung der beantragten Leistung durch den LVR notwendig sind und bin damit einverstanden, daß die von mir mittels dieses Antragsformulars erhobenen Sozialdaten zum Zwecke der Gewährung der beantragten Leistung gespeichert und verarbeitet werden. Ohne die Angaben ist eine Entscheidung darüber, ob, in welcher Höhe, wem und wohin die Leistung zu zahlen ist, nicht möglich (§ 67 ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch - SGB X -).

Ich ermächtige das Geldinstitut, an das die Leistung überwiesen wird, mit Wirkung auch meinen Erben und etwaigen Verfügungsberechtigten gegenüber, überzahlte Beträge auf Anforderung des Landschaftsverbandes Rheinland zurückzahlen und Auskünfte zu erteilen, die zur Rückforderung überzahlter Beträge erforderlich sind.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Berechtigte/r       gesetzliche/r Vertreter/in       Betreuer/in       Bevollmächtigte/r

### Bestätigung der Gemeinde/des örtlichen Sozialhilfeträgers (entfällt bei direkter Antragstellung beim LVR)

Der Antrag wurde entgegengenommen am \_\_\_\_\_

Die Angaben wurden geprüft. Dem/der Antragsteller/in wurde die Erklärung zu Ziffer 11 vorgelesen.  
Es ergeben sich Hinweise, daß der/die Berechtigte möglicherweise Ansprüche auf andere Leistungen geltend machen kann

ja       nein

Stempel	Datum, Unterschrift	Aktenzeichen
		<b>F</b> (mit Durchwahl)