

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

Aktenzeichen
des LWL: _____

**Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL – Behindertenhilfe Westfalen**

48133 Münster

Art der beantragten Leistung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Blindengeld**
- Hilfe für hochgradig Sehbehinderte**

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

1.1	Name (ggfls. Geburtsname), Vorname		
1.2	Straße, Hausnummer	Telefon:	
1.3	PLZ/Wohnort	Telefax:	
1.4	bei ggf. abweichendem gewöhnlichen Aufenthalt weitere Anschrift		
1.5	Geburtsdatum	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
1.6	Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> Deutsche/r	<input type="checkbox"/> _____ Ausländer/in oder Staatenlose/r (Bitte Aufenthaltsgenehmigung in Kopie beifügen)
1.7	amtliche Betreuung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> beantragt
	Name und Anschrift _____		
	des Betreuers/der Betreuerin _____		
	(Bitte Bestellungsurkunde in Kopie beifügen)		
1.8	Der/die Berechtigte ist durch Kriegsereignisse, in Ausübung des Wehr-/Zivildienstes, durch Gewalttaten oder Impfschäden geschädigt worden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
1.9	Angehörige der/des Berechtigten (Ehegatte, Kinder) sind durch Kriegsereignisse gefallen, vermisst bzw. verstorben oder in Ausübung des Wehr-, Zivildienstes, durch Gewalttaten oder Impfschäden geschädigt worden bzw. verstorben.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
1.10	Der/die Berechtigte bzw. der/die Angehörige erhält aufgrund der erlittenen Schädigung eine Rente bzw. eine Hinterbliebenenrente (falls ja: Bitte Geschäftszeichen des Rententrägers angeben) (Bitte Bewilligungsbescheid in Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

2. **Bankverbindung** (Ist der/die Berechtigte oder der/die gesetzliche Vertreter/in (Eltern, Betreuer für Vermögensangelegenheiten) nicht Kontoinhaber/in und damit Zahlungsempfänger der Leistung, muss eine **Fremdkontoerklärung** angefordert aus ausgefüllt werden. Bei gemeinsamen Konten von **Eheleuten** ist eine Fremdkontoerklärung nicht erforderlich und der/die Berechtigte als Kontoinhaber/in anzugeben. Postbarzahlungen sind aus kassentechnischen Gründen nicht möglich.)

2.1	Name, Vorname des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin		
2.2	Geldinstitut		
2.3	Bankleitzahl		Kontonummer

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 (Bitte Anlage für Heimkosten ausfüllen)	<input type="checkbox"/> geplant ab:
3.2	Anschrift der Einrichtung		
3.3	Letzter gewöhnlicher Aufenthalt vor Aufnahme in die Einrichtung		

4. **Nächste/r Angehörige/r bzw. Vertrauensperson**

4.1	Name, Vorname
4.2	Straße, Hausnummer
4.3	PLZ/Wohnort
4.4	Verwandtschaftsverhältnis / Beziehung zum/zur Berechtigten

5. **Der/die Berechtigte erhält/begehrt folgende Leistungen bzw. hat Ansprüche nach folgenden Rechtsgrundlagen** (Bescheid in Kopie beifügen)

5.1	Bundesversorgungsgesetz (BVG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beantragt
5.2	Opferentschädigungsgesetz (OEG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beantragt
5.3	Infektionsschutzgesetz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beantragt
5.4	Soldatenversorgungs-, Wehr- und Zivildienstgesetz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beantragt
5.5	Häftlingshilfsgesetz, Straf/Verwaltungsrechtliches Rehabilitationsgesetz (SED-Unrechtsbereinigungsgesetz)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beantragt
5.6	Lastenausgleichsgesetz (LAG)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beantragt
5.7	Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) durch einen Unfallversicherungsträger	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beantragt
5.8	Schadensersatz wegen der Blindheit/Sehbehinderung aufgrund eines Unfalles, einer ärztlichen Fehlbehandlung oder sonstigen Schädigungen durch Dritte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beantragt
5.9	Blindengeld/-hilfe, Leistungen für Sehbehinderte von einem <u>anderen</u> Leistungsträger oder der Hauptfürsorgestelle des LWL	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beantragt
5.10	Sonstige	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beantragt

6. Für die/den Berechtigte/n ist ein Schwerbehindertenausweis (ggfls. Kopie beifügen)

mit dem Merkzeichen Bl (blind)	beantragt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	ausgestellt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Ziffer 7 des Antrages ist nur bei Anträgen auf Blindengeld auszufüllen !

7. Der/die Berechtigte erhält Leistungen bei häuslicher oder teilstationärer Pflege:
(bei vollstationärer Pflegeleistung bitte **Anlage für Heimkosten** ausfüllen)

7.1	Angabe der Leistung			
	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (gesetzliche Pflegekasse) nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beantragt
	Leistungen einer privaten Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beantragt
	entsprechende Leistungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften (Beihilfe)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beantragt
	Leistungen des Sozialamtes / der Fürsorgestelle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beantragt

7.2	Pflegestufe und Leistungshöhe	
	<input type="checkbox"/> Pflegestufe I	ab _____ Euro monatlich
	<input type="checkbox"/> Pflegestufe II	ab _____ Euro monatlich
	<input type="checkbox"/> Pflegestufe III	ab _____ Euro monatlich

7.3	Leistende Stelle/n (Pflegekasse/Beihilfe-/Fürsorgestelle/Sozialamt (Bitte Bewilligungsbescheid in Kopie beifügen)
-----	---

7.4	Widersprüche zu den unter Ziffer 7 genannten Leistungen oder der Feststellung des Schweregrades der Pflegebedürftigkeit wurden erhoben <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
-----	--

8. Anlagen

- augenfachärztliche Bescheinigung
- Feststellungsbescheid/Schwerbehindertenausweis
- Bestellsurkunde
- Vollmacht
- Aufenthaltsgenehmigung bei Ausländern und Staatenlosen

9. 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), Wohnsitzveränderung, Aufnahme in eine Einrichtung, Beantragung und Gewährung von Leistungen bei häuslicher Pflege nach dem SGB XI (z. B. Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen) bzw. entsprechende Leistungen einer privaten Pflegeversicherung sowie Leistungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften, unverzüglich dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe mitzuteilen ist (§ 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch – SGB I -).

Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe – Abteilung 60 – erforderlich sind und zum Teil karteimäßig erfasst oder maschinell 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 Westfalen-Lippe zurückzahlen und Auskünfte zu erteilen, die zur Rückforderung überzahlter Beträge erforderlich sind.

10. Schriftverkehr

Der/die Berechtigte kann zur Durchführung des Antragsverfahrens und Führung des Schriftverkehrs Dritte bevollmächtigen. Wenn von diesem Recht Gebrauch gemacht werden soll/te, ist der Name und die Anschrift der bevollmächtigten Person anzugeben und eine Vollmachtserklärung vorzulegen. Werden keine Angaben zu Bevollmächtigten vorgenommen, wird der Schriftverkehr ausschließlich mit dem/der Berechtigten bzw. dem gesetzlichen Vertreter/der gesetzlichen Vertreterin geführt.

Blinde und sehbehinderte Menschen haben nach der Verordnung zur Zugänglichmachung von Dokumenten im Verwaltungsverfahren nach dem Behindertengleichstellungsgesetz NRW einen Anspruch darauf, dass ihnen die Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zugänglich gemacht werden, soweit dies möglich und zur Wahrnehmung eigener Rechte erforderlich ist. Die Entscheidung, in welcher Form Dokumente zugänglich gemacht werden, trifft der Träger der öffentlichen Belange mit den Berechtigten. Dokumente des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe werden im Regelfall ausschließlich in schriftlicher Form zugänglich gemacht. Falls Sie eine andere Form der Zugänglichmachung wünschen, bitte ich auf die von Ihnen gewünschte Form hinzuweisen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

(Soweit der/die Berechtigte nicht selbst Antragsteller/in ist, ist eine Vollmacht bzw. Bestellsurkunde erforderlich)

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

Bestätigung der Gemeinde

(nur erforderlich, wenn die Antragstellung über die Gemeinde-/Stadtverwaltung erfolgt)

Der Antrag wurde entgegengenommen am _____

Die Angaben zur Person wurden geprüft. Dem/der Antragsteller/in wurden die Erklärungen zu Ziffer 9 und 10 vorgelesen.

Stempel
Datum
Unterschrift

Aktenzeichen
Telefon (mit Durchwahl)