



### 3. Nächste/r Angehörige/r bzw. Vertrauensperson

3.1	Name, Vorname
3.2	Straße, Hausnummer
3.3	PLZ/Wohnort
3.4	Verwandtschaftsverhältnis / Beziehung zum/zur Berechtigten

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

4.1	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> geplant ab:
4.2	Anschrift der Einrichtung		
4.3	Letzter gewöhnlicher Aufenthalt vor <b>Aufnahme</b> in die Einrichtung		

### 5. Die Gehörlosigkeit liegt vor seit

5.1	Geburt oder frühester Kindheit (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-----	---	-------------------------------	-----------------------------

Nachweis durch (bitte beifügen)

5.2	Feststellungen der Schwerbehinderung durch die Stadt-/Kreisverwaltung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5.3	Bescheinigung eines Facharztes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5.4	sonstige Angaben (z. B. Besuch einer Gehörlosenschule, Sprachentwicklung, Schul-/Berufsentwicklung) zur Begründung der Gehörlosigkeit seit Geburt oder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

### 6. Die Gehörlosigkeit ist zurückzuführen auf

6.1	eine Infektionskrankheit (z. B. Röteln, Mumps, Masern, Meningitis)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6.2	eine Schädigung durch Dritte (z. B. Unfall, nachgewiesener Impfschaden)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6.3	sonstige Gründe (z. B. Vererbung) falls ja, bitte Grund angeben:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

### 7. Der/die Berechtigte erhält/erhielt zum Ausgleich der durch die Gehörlosigkeit bedingten Mehraufwendungen bereits Leistungen einer anderen Bewilligungsbehörde (Bitte Bescheid in Kopie beifügen)

7.1	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7.2	Name und Anschrift der Bewilligungsbehörde	Aktenzeichen/Geschäftszeichen

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

<input type="checkbox"/> nicht ausgestellt	<input type="checkbox"/> ausgestellt (bitte Feststellungsbescheid in Kopie beifügen)
<input type="checkbox"/> nicht beantragt	<input type="checkbox"/> beantragt

**9. Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) – Abteilung 60 – in diesem Verwaltungsverfahren und evtl. sich anschließenden Vorverfahren zur Feststellung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen von der Stadt-/Kreisverwaltung die erforderlichen Auskünfte und Unterlagen zur Schädigung der Hörorgane, auch soweit sie von anderen Ärzten und Stellen erstellt sind, erhält.

nein  ja

**Hinweis:**

Die vorgenannte Erklärung würde das Verfahren zur Feststellung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen nach dem GHBG erheblich erleichtern. Eine ärztliche Bescheinigung über die Hörschädigung wäre ggf. aufgrund der getroffenen Feststellung in der Schwerbehindertenangelegenheit des/der Berechtigten entbehrlich. Dies kann aber nur in den Fällen zutreffen, in denen **angeborene oder bis zum 18. Lebensjahr erworbene Taubheit bzw. an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit** festgestellt wurde.

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

**10. Anlagen**

- fachärztliche Bescheinigung
- Feststellungsbescheid/Schwerbehindertenausweis
- Bestellsurkunde
- Vollmacht
- Aufenthaltstitel bei Ausländern und Staatenlosen

## 11. Erklärung

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben, insbesondere über die Leistungen, die zum Ausgleich der durch die Gehörlosigkeit 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, 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.

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

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin
---

(Soweit der/die Berechtigte nicht selbst Antragsteller/in ist, ist eine Vollmacht bzw. Bestellungsurkunde 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 \_\_\_\_\_

Stempel
Datum
Unterschrift

Aktenzeichen
Telefon (mit Durchwahl)