

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

604

/260

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

An den  
Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
LWL-Behindertenhilfe Westfalen  
Gruppe 260

48133 Münster

**Leistungen nach dem Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose (GHBG)  
bzw. Blindenhilfe nach § 72 Sozialgesetzbuch (SGB) XII**

zutreffende Leistung bitte ankreuzen

Blindengeld

Hilfe für hochgradig Sehbehinderte

Blindenhilfe (§ 72 SGB XII)

Hilfe für Gehörlose

**Erklärung**

Ich bin damit einverstanden, daß die mir zustehende Leistung auf folgendes Fremdkonto überwiesen wird:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
Kontonummer

Dem Schreiben habe ich eine von dem Kontoinhaber unterschriebene **Bestätigung** beigelegt, daß er mit der Überweisung auf sein Konto einverstanden ist und auch darüber unterrichtet wurde, für welchen Zweck die Leistung gezahlt wird und welche Tatsachen dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe zu melden sind.

Ich nehme zur Kenntnis, daß die Leistung - da diese auf ein Fremdkonto überwiesen wird - nicht dem Pfändungsschutz gemäß § 55 SGB I unterliegt. Die vorgenannte Vorschrift, wonach das Guthaben für die Dauer von 7 Tagen seit der Gutschrift der Überweisung unpfändbar ist, findet insoweit keine Anwendung.

\_\_\_\_\_  
eigenhändige Unterschrift der/des  
Berechtigten