

Landschaftsverband Rheinland  
LVR-Dezernat Soziales und Integration  
LVR-Fachbereich Sozialhilfe II  
50663 Köln

### 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 den die Leistung beantragt wird)

1.1	Name (ggf. 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"/> Deutscher <input type="checkbox"/>	Ausländer oder Staatenloser (Bitte <b>Aufenthaltsgenehmigung</b> in Kopie beifügen)
1.7	Stellung im Haushalt <input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> sonstige Person	
1.8	amtliche Betreuung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> beantragt Name und Anschrift _____ des Betreuers _____ (Bitte <b>Bestellungsurkunde</b> in Kopie beifügen)	
1.9	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
1.10	Angehörige der/des Berechtigten ( <b>Ehegatte/Kinder</b> ) sind durch Kriegsereignisse gefallen, vermisst bzw. verstorben oder in Ausübung des Wehr-, Zivildienstes, durch Gewalttaten oder Impfschäden geschädigt worden bzw. verstorben. (falls ja: Name, Vorname, Geburtsdatum und familiären Bezug zum Berechtigten angeben)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
1.11	Die Feststellungsbehörde nach dem Schwerbehindertenrecht zahlt mir/dem Angehörigen oder für den Angehörigen eine Rente (falls ja: Bitte Geschäftszeichen der Feststellungsbehörde angeben)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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

2.1	Kontoinhaber: Name, Vorname	
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 (Bitte <b>Anlage für Heimkosten</b> ausfüllen) <input type="checkbox"/> geplant ab		
3.2	Anschrift der Einrichtung		
3.3	Letzter gewöhnlicher Aufenthalt <b>vor Aufnahme</b> 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** (Bewilligungs-, Einstellungs- oder Ablehnungsbescheid 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-Unrechtsbereinigungsgesetze)	<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 durch einen Unfallversicherungsträger nach dem Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII)	<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 Schädigung durch Dritte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beantragt
5.9	Blindengeld/-hilfe, Leistungen für Sehbehinderte von einem <b>anderen</b> Leistungsträger	<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 den/die Berechtigte/n ist ein Schwerbehindertenbescheid (ggf. Kopie beifügen)**

mit dem Merkzeichen <b>BI</b> (blind)	beantragt, <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Geschäftszeichen d. Feststellungsbehörde nach dem Schwerbehindertenrecht: <hr/>
	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/begehrt Leistungen bei häuslicher oder teilstationärer Pflege: (bei vollstationären Pflegeleistungen bitte Anlage für Heimkosten ausfüllen)**

**nein** (weiter mit Ziffer 8)  **ja** (bitte Ziffer 7.1 - 7.4 **vollständig** ausfüllen)

<b>7.1</b>	<b>Angabe der Leistung</b>		
	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

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

<b>7.3</b>	Leistende Stelle/n (Pflegekasse/Beihilfe-/Fürsorgestelle/Sozialamt):  <p style="text-align: right;"><b>Bitte Bewilligungsbescheid in Kopie beifügen</b></p>
------------	---

<b>7.5</b>	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 der Feststellungsbehörde nach dem Schwerbehindertenrecht
- Bestellungsurkunde
- Vollmacht
- Aufenthaltsgenehmigung bei Ausländern bzw. Staatenlosen

## 9. Erklärung

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben, insbesondere über die Leistungen, die zum Ausgleich der durch die Blindheit bzw. hochgradige 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), Wohnsitzänderungen, Aufnahme in eine Einrichtung, Beantragung und Gewährung von Leistungen bei häuslicher Pflege nach dem SGB XI (z. B. Pflegegeld, Pflegesachleistung, Kombinationsleistung) bzw. entsprechende Leistungen einer privaten Pflegeversicherung sowie Leistungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften, unverzüglich dem Landschaftsverband Rheinland mitzuteilen ist (§ 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch - SGB I -).

Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Landschaftsverbandes Rheinland, Abt. 73.70 - 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 Rheinland zurückzuzahlen 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 öffentlicher Belange mit den Berechtigten. Dokumente des Landschaftsverbandes Rheinland 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
------------	--------------

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

Berechtigte/r                       Bevollmächtigte                       gesetzliche/r Vertreter/in

---

### Bestätigung der Gemeinde (nur erforderlich, wenn die Antragstellung über die Gemeinde-/Stadtverwaltung)

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

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

Stempel	Datum, Unterschrift	Aktenzeichen
		Tel. (mit Durchwahl)