

Angaben über die Ursache der Behinderung

7 Die Erblindung/Sehbehinderung ist zurückzuführen auf

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> angeborene Behinderung | <input type="checkbox"/> Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung, Gewalttat, Impfschaden |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall | <input type="checkbox"/> sonstigen Unfall |
| <input type="checkbox"/> Berufskrankheit | <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung |

Angaben über den Bezug/die Beantragung von sonstigen Leistungen

8 Erhalten Sie wegen Blindheit bzw. zum Ausgleich blindheitsbedingter Mehraufwendungen Leistungen von anderen Stellen?

NEIN **JA**, und zwar

- nach dem BVG oder den Gesetzen, die seine entsprechende Anwendung vorsehen
- aus der gesetzlichen Unfallversicherung/beamtenrechtlichen Unfallfürsorge
- aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge
- ein Pflegegeld oder eine Pflegezulage
- Blindengeld eines anderen Bundeslandes
- entsprechende Leistungen aus Sicherungs- und Versorgungssystemen anderer EU-Länder



Wenn möglich, fügen Sie bitte eine Kopie des Bescheides bei, mit dem Ihnen die Leistung bewilligt wurde oder geben Sie an:

Stelle/Amt	Aktenzeichen
------------	--------------

Haben Sie eine derartige Leistung beantragt?

NEIN **JA**, und zwar

Leistungsart	bei	Stelle
--------------	-----	--------

Früher erhielt ich bereits Blindengeld/Pflegegeld in anderen Bundesländern
 in Bayern Blindengeld

9 Pflegeversicherung

Ich gehöre folgender gesetzlichen bzw. privaten Krankenkasse und Pflegekasse an

	Name, Anschrift	Aktenzeichen/Versicherungs-Nr.
Krankenversicherung		
Pflegeversicherung		

Ich habe bei meiner Pflegeversicherung Leistungen beantragt

nein ja Entscheidung steht noch aus

Ich erhalte von meiner gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung Leistungen

nein ja

Wenn ja: es handelt sich um

- Leistungen bei häuslicher Pflege
 - nach der Pflegestufe I nach der Pflegestufe II oder III
- Leistungen nach § 43 SGB XI bei Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung (Pflegeheim o.ä.)
- Leistungen nach § 43a SGB XI bei Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe

Wenn möglich, fügen Sie bitte eine Kopie des Bescheides/der Mitteilung über die Leistungsbewilligung bei.

Angaben über Feststellungen nach dem Schwerbehindertenrecht

- 10** Wünschen Sie, dass wegen Ihrer Erblindung bzw. Sehbehinderung auch ein Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX) zur Ausstellung oder Änderung eines Ausweises eingeleitet wird?

ja nein

Ein Verfahren nach dem SGB IX läuft bereits unter dem Az.

Angaben über ärztliche Behandlungen

► Falls Sie augenfachärztliche Unterlagen in Händen haben, legen Sie diese bitte bei. ◀

- 11** Ärztliche Behandlung wegen des Augenleidens

Name des behandelnden Augenarztes/ Bezeichnung des Krankenhauses	Anschrift	zuletzt am
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- 12** Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Behinderteneinrichtung) befinden sich weitere die Blindheit betreffende Unterlagen?

Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben über Aufenthalt in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung

- 13** Halten Sie sich in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung auf?
(siehe Informationsblatt)

nein ja seit in

Erhalten Sie Leistungen Ihrer gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung nach § 43 SGB XI (Pflege in einer vollstationären Einrichtung)?

nein ja Antrag ist gestellt

Werden die Kosten des Aufenthalts im Heim ganz oder teilweise aus Mitteln eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (siehe Informationsblatt) getragen?

nein ja, und zwar erhalte ich seit

Sozialhilfe von

Beihilfe nach den Beihilfevorschriften des Bundes und der Länder von

eine sonstige Leistung, und zwar von

Ich habe derartige Leistungen beantragt bei

Wenn möglich, fügen Sie bitte eine Kopie des Bewilligungsbescheides bei oder geben Sie das Aktenzeichen an.

Erklärung des Antragstellers

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts, den Entzug des Aufenthaltstitels (Niederlassungserlaubnis, Aufenthaltserlaubnis etc.), die Aufnahme in ein Heim, den Bezug von Leistungen meiner Pflegeversicherung oder von anderen Stellen wegen Blindheit oder Pflegebedürftigkeit und jede Veränderung der Sehbehinderung sowie die Durchführung einer Operation oder Behandlung zur Verbesserung der Sehfähigkeit **werde ich** dem Zentrum Bayern Familie und Soziales unverzüglich unter Vorlage entsprechender Nachweise **mitteilen**.

Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben bzw. das Verschweigen von Änderungen strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangenes Blindengeld zurückerstattet werden muss.

Ich beauftrage im Fall der unbaren Zahlung das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber den Erben, überzahlte Beträge an das Zentrum Bayern Familie und Soziales zurück zu überweisen. Der vorstehende Auftrag kann nur von mir, nicht aber von den Erben widerrufen werden. Ich stelle das kontoführende Geldinstitut nach meinem Ableben gegenüber dem Zentrum Bayern Familie und Soziales ausdrücklich von der Wahrung des Bankgeheimnisses frei.

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages und eines eventuell sich anschließenden Widerspruchsverfahrens die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt bei den Stellen, die sich aus meinen Antworten ergeben (z. B. gesetzliche oder private Pflegeversicherung). Des Weiteren bin ich einverstanden, dass die über mich bei Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen und Sozialleistungsträgern (z. B. Agentur für Arbeit, Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, Sozial- und Jugendhilfe) sowie Pensionsbehörden und Gesundheitsämtern geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenscheine, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde) zur Einsicht beigezogen werden. Ich bin auch einverstanden, dass von Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen, deren Beteiligung sich aus meinen obigen Angaben ergibt, von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen bei der Feststellung nach dem BayBlindG zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die dem Zentrum Bayern Familie und Soziales im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem BayBlindG bekannt werden, auch anderen Gutachtern oder Sozialleistungsträgern (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben offenbart werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem widersprechen kann.

14 An Unterlagen sind beigelegt:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anlage zum Antrag auf Blindengeld | <input type="checkbox"/> Vollmacht |
| <input type="checkbox"/> Vorhandene Erblindungsnachweise
(z. B. Bescheid, ärztliche Unterlagen) | <input type="checkbox"/> Betreuerausweis |
| <input type="checkbox"/> Bescheinigung der Melde-/Ausländerbehörde | <input type="checkbox"/> Erklärung zur Weitergabe Ihrer
Anschrift an einen Verband |
| <input type="checkbox"/> Bescheid der Pflegeversicherung | <input type="checkbox"/> _____ |

bei Vertretung: als gesetzlicher Vertreter

als Bevollmächtigter
→ Vollmacht beifügen! ←

Datum

Unterschrift

Anlage zum Antrag auf Blindengeld

Zahlungsangaben

15 Das Blindengeld soll überwiesen werden:

auf **mein** Konto

Bezeichnung des Geldinstituts

Konto-Nr.

Bankleitzahl

auf das Konto von

Kontoinhaber (Name, Anschrift)

Bezeichnung des Geldinstituts

Konto-Nr.

Bankleitzahl

Erklärung des Kontoinhabers:

Ich erkläre hiermit, dass ich das kontoführende Geldinstitut beauftrage, überzahlte Beträge an das Zentrum Bayern Familie und Soziales zurück zu überweisen. Dieser Auftrag kann nicht widerrufen werden.

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bescheinigungen

(wenn Sie keine vorhandenen Nachweise vorlegen können) – kostenfrei nach § 64 SGB X –

20 MELDEBEHÖRDE

Die Richtigkeit der Personalien wird aufgrund des vorgelegten Personalausweises/ Reisepasses bestätigt

Der Antragsteller

Name, Vorname

geboren

ist hier gemeldet mit Hauptwohnsitz Nebenwohnsitz

seit

Der Zuzug erfolgte

am

von

früherer Wohnort, Kreis

Datum/Unterschrift

Stempel der Behörde

30 AUSLÄNDERBEHÖRDE (nur für Ausländer außerhalb des EU- oder EWR-Bereiches)

Der Antragsteller

Name, Vorname	geboren
---------------	---------

verfügt über folgende Berechtigung zum Aufenthalt in Deutschland:

- Niederlassungserlaubnis (§ 9 AufenthG)
- Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG (§ 9a AufenthG)
- Aufenthaltserlaubnis
 - zum Zweck der Ausbildung (§§ 7, 16, 17 AufenthG)
 - zum Zweck der Erwerbstätigkeit (§§ 7, 18, 20, 21 AufenthG)
 - aus völkerrechtlichen Gründen u. ä. nach §§ 7, 22, 23, 23a, 104a, 104b AufenthG
 - zum vorübergehenden Schutz (§§ 7, 24 AufenthG)
 - aus humanitären Gründen nach §§ 7, 25 Abs. 1, 2, 3 oder 5 AufenthG
 - für einen vorübergehenden Aufenthalt nach §§ 7, 25 Abs. 4 oder 4a AufenthG
 - aus familiären Gründen (§§ 7, 27 ff. AufenthG)
 - aufgrund eines Rechtes auf Wiederkehr (§§ 7, 37 AufenthG)
 - für ehemalige Deutsche (§§ 7, 38 AufenthG)
 - für in anderen EU-Staaten langfristig Aufenthaltsberechtigte (§§ 7, 38a AufenthG)
- Schengen-Visum (§ 6 Abs. 1 bis 3 AufenthG)
- nationales Visum (§ 6 Abs. 4 AufenthG)
(Aufenthaltszweck: _____)
- Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylVfG)
- Duldung (§ 60a AufenthG)
- sonstiges: _____

Befristung der Aufenthaltsberechtigung

nein

ja bis: _____

Datum/Unterschrift

Stempel der Behörde

INFORMATION

Der Bayerischen Staatsregierung ist es ein besonderes Anliegen, ihre Leistungen und Hilfen für Behinderte so wirksam wie möglich zu gestalten. Bei dieser Zielsetzung arbeiten die staatlichen Behörden und gemeinnützigen Einrichtungen in einem gegliederten Organisationssystem zusammen. Viele Hilfen für Blinde werden von Behinderten- und Behindertenselbsthilfeorganisationen angeboten.

An der speziellen Beratung von Sehbehinderten und Blinden sind im Freistaat Bayern landesweit u. a. insbesondere die unten angegebenen Organisationen beteiligt. Wenn Sie an Informationen interessiert sind, können Sie für eine Kontaktaufnahme dieses Formblatt benutzen.

Das Zentrum Bayern Familie und Soziales wird es an die von Ihnen gewünschte Organisation weiterleiten.

Erklärung

Datum: _____

Zu meiner Information über weitere Hilfsmöglichkeiten für Sehbehinderte und Blinde können mein Name und meine Adresse der angekreuzten bzw. angegebenen Organisation mitgeteilt werden.

- Bayerischer Blinden- und Sehbehindertenbund e.V., Selbsthilfeorganisation der Blinden und Sehbehinderten in Bayern
- Sozialverband VdK Bayern e.V.
- Sozialverband Deutschland e.V., Landesverband Bayern
- _____

Meine Anschrift:		
Name	Vorname	Geburtsjahr
Straße	PLZ/Wohnort	Tel.-Nr.

Unterschrift

Hinweis: Die Rücksendung dieser Erklärung ist zur Antragstellung auf Blindengeld nicht erforderlich und hat auf die Entscheidung über den Antrag keinen Einfluss. Die Weiterleitung ist eine Serviceleistung Ihres Zentrums Bayern Familie und Soziales.