

A N T R A G
auf Bewilligung von Blindengeld nach dem Landesblindengeld-
gesetz (LBlindenGG)
vom 28.03.1995 (GVBl. S. 55) in der zurzeit gültigen Fassung

Zuname:

Vorname:

Telefon:

.....
Geburtsname:

.....
Geburtsdatum:

Straße:

Staatsangehörigkeit:

.....
Geburtsort

.....
Wohnort:

Familienstand:

- ledig
- verheiratet
- verwitwet
- getrennt lebend
- geschieden

Krankenkasse Anschrift:

Versicherungs-/Servicenummer):

Gesetzlicher Vertreter – Be-
treuer – Bevollmächtigter
(Name, Anschrift)

Wirkungskreis
(Fotokopie der Vollmacht,
Betreuerausweis)

Ursache der Behinderung:

- von Geburt
- Unfall
- Krankheit
- Kriegseinwirkung
- sonstige Ursachen

Die Behinderung wurde bisher behandelt von:

.....
- Bitte Arzt bzw. Krankenhaus angeben und vorhandene Unterlagen beifügen. -

Wohnen Sie in einem Heim? ja nein

Anschrift:

Besuchen Sie eine teilstationäre Einrichtung?

nein

Ja, folgende:

Förderkindergarten

Förderschule

Werkstatt für behinderte Menschen

Tag- oder Nachtambulanz

sonstige Schulen

sonstige Tagesbetreuungsstätte

.....

Name und Anschrift der Einrichtung:

.....

Werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz bezogen (z. B. für Kriegshinterbliebene, Opfer von Gewalttaten, etc.) oder wurde ein Antrag auf solche Leistungen gestellt?

ja

nein

Wenn ja, welches Landesamt für Soziales, Jugend und

Versorgung:

..... Grundl.-Nr.

Werden Pflegeleistungen bezogen? nein
 ja
 Und zwar nach Pflegegrad 0 1 2 3 4 5
 (Kopie Pflegegutachten beifügen)
 Leistungen sind beantragt: Ja, am
 Nein

Folgende Pflegeleistungen werden bezogen:

1.	Leistungen der Pflegekasse nach SGB XI (z. B. Pflegegeld, Sachleistungen)	€
2.	Blindenhilfe nach dem SGB XII	€
3.	Pflegeleistung der Berufsgenossenschaften	€
4.	Pflegegeld nach dem SGB XII	€
5.	Pflegezulage nach dem Bundesversorgungsgesetz bzw. nebenrechtlichen Bestimmungen (z. B. Soldatenversorgungsgesetz)	€
6.	Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Bundesentschädigungsgesetz	€
7.	Pflegeleistungen/Pflegegeld auf privatrechtlicher Grundlage (z. B. Versicherungen, Beihilfeansprüche o. ä.)	€
8.	Sonstige Leistungen	€

Name und Anschrift der gewährenden Stelle (im Bezug auf die oben genannte Ziffer):

.....

Sind Sie im Besitz eines Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen „Bl“ (Blind)?

ja nein

Das Merkzeichen „Bl“ wird beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung in 56065 Koblenz beantragt

ja nein

Zahlungen sollen auf folgendes Konto erfolgen

(Postbarüberweisungen können nicht erfolgen):

Kontoinhaber:

Kontonummer:BLZ:

Bankinstitut:

IBAN:

BIC:

Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass

- a) jede Änderung der Umstände, welche für die Gewährung des Blindengeldes maßgebend sind, der Kreisverwaltung Ahrweiler unverzüglich und unaufgefordert mitgeteilt werden muss. Dies gilt insbesondere für anrechenbare Pflegeleistungen oder die Aufnahme in Altenheime, Krankenhäuser, Rehakliniken und gleichartigen Einrichtungen sowie in teilstationären Einrichtungen wie z. B. Fördererkindergärten, Förderschulen, Tagesbetreuungsstätten, jeder Wohnsitzwechsel, Besserung des Sehvermögens.
- b) überzahlte Beträge zu erstatten sind, insbesondere wenn die nach Buchstabe a) genannte Mitteilungspflicht nicht beachtet

wurde. Ein Verschulden eines Bevollmächtigten/ Betreuers ist mir zuzurechnen.

Ich bestätige, dass die Wahrnehmung meines Schriftverkehrs in Schriftgröße 16 für mich selbst möglich ist bzw. mir jeglicher Posteingang von jemandem vorgelesen wird.

Ort, Datum

Unterschrift
(Antragsteller oder gesetzlicher
Vertreter(in), Betreuer(in))

Antrag auf Gewährung des Landesblindengeldes

Für
Herrn / Frau _____
wohnhaft _____

(vom Antragsteller oder Pflegenden auszufüllen)

Überblick über die Pflegebedürftigkeit des Antragstellers

Wir bitten, die entsprechenden Pflegeleistungen durch Ankreuzen genau zu beschreiben.

**Bei folgenden Verrichtungen
ist Hilfe notwendig:**

	DAUERND	HÄUFIG	GELENT- LICH	NEIN
➤ Hinsetzen / Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Aufstehen / Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Verrichten der Notdurft				
a) Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Pflege wegen Einnässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Pflege wegen Einkoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Bewegung innerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Bewegung außerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt besondere Pflegeerschwernis vor? Ja Nein
(z. B. Verwirrtheit, Unruhezustände, Aggressivität, sehr hohes Körpergewicht usw.)

Wenn ja, welche?

Besteht ein eigener Haushalt? Ja Nein

Wenn ja, beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen:

Ist Hilfe notwendig bei:

	DAUERND	HÄUFIG	GELENT- LICH	NEIN
➤ Haushaltsführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Kochen, Spülen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Putzen, Wäsche waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Müllbeseitigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige durch Unterschrift, dass die gemachten Angaben wahrheitsgemäß sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Augenfachärztliche Bescheinigung

bei Antrag auf Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz /§72 Abs 5 SGB XII

Blind ist, wer völlig ohne Sehvermögen ist; gleichgestellt sind Personen, deren Sehschärfe auf dem besseren Auge nicht mehr als 1/50 beträgt, oder bei denen gleich zu achtende Störungen vorliegen.

Name:	Vorname:
geb. am:	
Straße:	Wohnort:

1. Diagnosen:

2. Befunde:

a) Visus:

bitte beachten- Der Beurteilung ist die Sehschärfe des besseren Auges (unter bestmöglicher Korrektur) und das beidäugige Sehvermögen zugrunde zu legen. Die Bestimmung hat in der „First Choice-Technik“, bei zentraler Fixation, unter Beleuchtungsstandard und mit standardisierten Prüfsehzeichen, zu erfolgen.

RA

LA

Untersuchungsdatum:

b) gleichzuachtende Gesichtsfeldeinschränkung/en:

bitte beachten- Anerkennungsfähige Perimetriebefunde sind mit dem Goldmann Perimeter oder mit einem äquivalenten, von der Ophthalmologischen Gesellschaft zugelassenen Perimeter, entsprechend Goldmann III/4e zu erheben: (Prüfmarkendurchmesser 30 Winkelminuten, Prüfmarkenleuchtdichte 320 cd/m², entsprechend Filterstellung e, Bezeichnung 1,0, Umfeldleuchtdichte 10 cd/m²).

Als Untersuchungstechnik ist ausschließlich die manuell kinetische Methode zugelassen.

Bei den von der Ophthalmologischen Gesellschaft zugelassenen Computer-gesteuerten Perimetern, Twinfield (Oculus) und Octopus101 (Haag Streit) ist die Zusatzsoftware zur kinetischen Perimetrie einzusetzen und mit manuell kinetischer Methode zu untersuchen

Die Gesichtsfeldausdrucke der beidäugig geprüften Gesichtsfelder sind in Kopie beizulegen.

Die Ausmessung bzw. Abschätzung des blinden Bereiches in der unteren Gesichtshälfte soll auf dem Perimeterformular und nicht in der Perimeterkugel geschehen

Name: _____

- Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Bei einer Sehschärfe von 0,033 (1/30) oder weniger ist die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 30° vom Zentrum entfernt. Gesichtsfeldreste jenseits von 50° sind unberücksichtigt geblieben.
- Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Bei einer Sehschärfe von 0,05 (1/20) oder weniger ist die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 15° vom Zentrum entfernt. Gesichtsfeldreste jenseits von 50° sind un-berücksichtigt geblieben.
- Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Bei einer Sehschärfe von 0,1 (1/10) oder weniger ist die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 7,5° vom Zentrum entfernt. Gesichtsfeldreste jenseits von 50° sind un-berücksichtigt geblieben.
- Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Bei normaler Sehschärfe ist die Grenze der Gesichtsfeldinsel in keiner Richtung mehr als 5° vom Zentrum entfernt. Gesichtsfeldreste jenseits von 50° sind unberücksichtigt geblieben.
- Große Skotome im zentralen Gesichtsfeldbereich. Die Sehschärfe beträgt nicht mehr als 0,1 (1/10) und im 50°-Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians ist mehr als die Hälfte ausgefallen.
- Homonyme Hemianopsie mit Verlust des zentralen Sehens beiderseits, wobei die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser besitzt.
- Bitemporale oder binasale Hemianopsie, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und kein Binokularsehen besteht.

Untersuchungsdatum: _____

c) gleichzuachtende andere Befunde:

Bitte beachten- über die Anerkennungsfähigkeit wird grundsätzlich im Rahmen eines Gutachtens beim Landesblindennarzt entschieden. Bitte alle Befundunterlagen bereits diesem Antrag beilegen.

- Es liegen Sehschädigungen vor, die einer Sehschärfenherabsetzung auf 0,02 (1/50) gleichkommen, die aber durch den Visus, bzw die v.g. gleich zuachtenden Gesichtsfeldeinschränkungen nicht erfasst sind.

Untersuchungsdatum:

Seite 3 augenärztliche Bescheinigung für:

Name: _____

3. Therapie/ Prognose

- austherapiert/ inoperabel - der derzeitige Befund ist als dauerhaft anzusehen
- unter Therapie - Besserung grundsätzlich möglich
- operabel - Operation jedoch derzeit nicht möglich
- Operation geplant - Monat / Jahr _____

4. Hinweise

(z. B. zum Ablauf der Untersuchung, z. B. auf andere, möglicherweise relevante Erkrankungen ...)

Datum

Unterschrift

Stempel

Bitte beachten: Anerkennungsfähig sind ausschließlich Störungen im Bereich der optischen Bahnen. Visuell agnostische Störungen (wie z.B. im Rahmen von Demenz, apallischem Syndrom, u.a.) finden keine Berücksichtigung.
Alle Anträge werden der zuständigen Fachbehörde (Gesundheitsamt) vorgelegt. In Zweifelsfällen wird eine Begutachtung beim Landesblindennarzt veranlasst.

Name, Vorname
des Antragstellers:

Ort, Datum:

Anschrift:

Geburtsdatum:

VOLLMACHT

Name, Vorname des Bevollmächtigten:

.....

wohnhaft:

.....

Tel. Nummer (freiwillige Angabe):

.....

erteile ich unbeschränkt und unbefristete Vollmacht, mich im Verfahren wegen der Gewährung bzw. Weitergewährung von

Landesblindengeld

zu vertreten, insbesondere die hierfür notwendigen Anträge zu stellen.

Alle seither von der Kreisverwaltung Ahrweiler in dieser Angelegenheit vorgenommenen Handlungen genehmige ich hiermit.

Die Vollmacht umfasst auch die Befugnis, Akteneinsicht zu nehmen, in meinem Namen Rechtsmittel einzulegen oder zurückzunehmen, Vergleiche abzuschließen sowie zur Entgegennahme von Zustellungen und Mitteilungen.

Die zu ersuchenden Stellen werden von der Geheimhaltungspflicht befreit.

Durch diese Vollmacht werden alle von mir bisher in dieser Sache erteilten Vollmachten ungültig.

.....
Unterschrift

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Da die Entscheidung über die Leistung von Ihrem Gesundheitszustand abhängt, benötigen wir ein amtsärztliches Gutachten des Gesundheitsamtes der Kreisverwaltung Ahrweiler.

Das Gutachten muss die für die Entscheidung notwendigen Angaben enthalten; hierzu gehören – soweit dies im Einzelfall erforderlich ist – die Diagnose sowie eine Stellungnahme zu Umfang und Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist Ihre Einwilligung dazu erforderlich, dass

1. wir den Amtsarzt / die Amtsärztin beauftragen, Sie ärztlich zu untersuchen und
2. uns das erstellte Gutachten zugeleitet wird.

Wir weisen darauf hin, dass wir berechtigt sind, die Leistung abzulehnen bzw. zu entziehen, wenn und solange Sie sich weigern sollten, an einer zumutbaren Untersuchung mitzuwirken und wenn hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert wird.

In Kenntnis der vorstehenden Hinweise erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Gesundheitsamt der Kreisverwaltung Ahrweiler mit der Durchführung einer ärztlichen Untersuchung beauftragt wird und dass das Gesundheitsamt das aufgrund der ärztlichen Untersuchung erstellte Gutachten der Sozialabteilung zuleitet.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift
(ggf. der / des gesetzlichen Vertreter / s)