

Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld nach dem Schleswig-Holsteinischen Landesblindengeldgesetz

Berechtigte/r

Name, Vorname	
Anschrift, Telefon	
Geburtsdatum / Geburtsort	

Falls vorhanden: gesetzlicher Vertreter / Betreuer

Name, Vorname	
Anschrift, Telefon	

Bankverbindung des Zahlungsempfängers

Name der Bank / Sparkasse	
Ort	
Kontonummer	
Bankleitzahl	

Angaben bei Heimunterbringung

Ist der Berechtigte in einem Heim, einer Anstalt oder einer gleichartigen Einrichtung untergebracht ?

Ja Nein

Wenn Ja, Anschrift der Einrichtung :

Tragen Sie die Kosten des Aufenthaltes in der Einrichtung aus eigenen Mitteln (z.B. Renten) vollständig selbst ?

Ja Nein

Wenn ein öffentlich-rechtlicher Träger die Kosten des Aufenthaltes zum Teil oder vollständig trägt:

Kreis / Stadt / Gemeinde / Amt

Anschrift:

Zur Zeit der Aufnahme in die Einrichtung hatten Sie den gewöhnlichen Aufenthalt (Mittelpunkt der Lebensbeziehungen) in :

Anschrift :

Angaben zur Prüfung vorrangiger Ansprüche

Erhalten Sie Leistungen aus / nach

dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) wegen des Augenleidens ?

JA NEIN

dem Lastenausgleichsgesetz (LAG) ?

JA NEIN

der gesetzlichen Unfallversicherung wegen des Augenleidens ?

JA NEIN

Erhalten Sie Versorgungsrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG) oder Bundesseuchengesetzes; z.B. Grundrente, Ausgleichsrente?

Ja

Nein

Erhalten Sie Leistungen nach anderen öffentlich-rechtlichen Vorschriften zum Ausgleich der blindheitsbedingten Mehraufwendungen ?

Pflegezulage nach § 35 Bundesversorgungsgesetz Höhe: €

Pflegezulage nach § 269 Lastenausgleichsgesetz Höhe : €

Pflegegeld nach § 558 Reichsversicherungsordnung Höhe : €

Sonstige Leistungen Höhe: €

Erklärung zur Pflegeversicherung

Ich bin Mitglied in folgender Pflegekasse / Krankenkasse

Name:

Anschrift:

Ich habe Leistungen der Pflegekasse beantragt? Ja Nein

Die Leistung wurde bewilligt seit:

Die Leistung wurde abgelehnt! Ja Nein

Ich beziehe Leistungen der Pflegeversicherung für den **Pflegegrad 2**

Ich beziehe Leistungen der Pflegeversicherung für **einen der Pflegegrade 3-5**

Ich beziehe Leistungen der Pflegeversicherung **bei vollstationärer Heimpflege**

Ich versichere, daß die vorstehenden Angaben, insbesondere über die Leistungen, die zum Ausgleich der blindheitsbedingten Mehraufwendungen nach anderen öffentlich-rechtlichen Vorschriften gewährt werden, voll der Wahrheit entsprechen und daß keine 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.

Ort, Datum

Unterschrift

Kreis Pinneberg
Fachdienst Soziales
Landesblindengeld
Kurt-Wagener-Str. 11

25337 Elmshorn