

Antrag auf Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz RLP

--

Eingangsdatum

Name	Vorname	
Geburtsdatum / Geburtsort	Familienstand	
Straße; Hausnummer	PLZ; Wohnort	Telefon
nächste Angehörige: Name, Vorname, Anschrift		Verwandtschaftsverhältnis

<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter (Betreuer / in)	<input type="checkbox"/> bevollmächtigter Vertreter
Name, Vorname, Anschrift	Wirkungskreis
(Bestellungsurkunde bzw. Vollmacht beifügen)	

Ursache der Blindheit:

<input type="checkbox"/> von Geburt	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Kriegseinwirkung	<input type="checkbox"/> Impfschaden
-------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---	--------------------------------------

behandelnder Augenarzt / behandelnde Augenärztin bzw. Krankenhaus

(bitte vorhandene Unterlagen beifügen)

bei Unfall oder anderen Schadensereignissen: **bestehen Ansprüche auf Schadenersatz gegen Dritte?**

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Name, Anschrift
-------------------------------	--

(bitte vorhandene Unterlagen beifügen)

Krankenkasse / Pflegekasse (Name + Anschrift)

Schwerbehindertenausweis nicht ausgestellt ausgestellt (**Kopie von beiden Seiten beifügen**)

Gehören Sie zum Personenkreis der Kriegsopter? nein Beschädigte/r Hinterbliebene/r

zuständiges Versorgungsamt bzw. Hauptfürsorgestelle
Grundlisten-Nr. bzw. Aktenzeichen:

Haben Sie einen Anspruch auf Beihilfe nach den Vorschriften des öffentlichen Dienstes?

- nein ja, Name + Anschrift der Beihilfestelle

Besuchen Sie eine Einrichtung? nein ja, folgende:

- Tag- oder Nachtklinik Alten- / Pflegeheim / Kurzzeitpflege sonstige Tagesbetreuungsstätte
 Sonder- / Kindergarten Schule / Sonderschule Werkstatt für behinderte Menschen

Name, Anschrift der Einrichtung:

erhalten Sie Pflegeleistungen? nein ja beantragt

(bitte bei allen Leistungsarten Kopie des Bescheides beifügen)

- Pflegeleistungen der Pflegekasse nach SGB XI Pflegestufe I Pflegestufe II
oder III
- Sozialgesetzbuch XII Hilfe zur Pflege Blindenhilfe _____ €
- Pflegezulage nach BVG mit Nebenrechten LAG BEG _____ €
- Pflegeleistungen Berufsgenossenschaft sonstige (z.B. Versicherung) _____ €

Wenn Sie Ansprüche haben, diese noch nicht beantragt haben, so holen Sie es bitte umgehend nach und unterrichten uns zum Ergebnis.

Die Zahlung des Blindengeldes soll auf folgendes Konto gehen:

(Zahlungen können nur auf das Konto des Blindengeldberechtigten bzw. des gesetzlichen Vertreters erfolgen)

Name der Bank

IBAN

BIC

Konto-Inhaber

Ich ermächtige das Geldinstitut, an das die Leistung überwiesen wird, mit Wirkung auch meinen Erben und etwaigen Verfügungsberechtigten gegenüber, überzahlte Beträge auf Anforderung der Blindengeldstelle der Kreisverwaltung Mainz-Bingen zurückzuzahlen und Auskünfte zu erteilen, die zur Rückforderung überzahlter Beträge erforderlich sind.

Datum / Ort

Unterschrift Kontoinhaber

Möchten Sie Ihren Bescheid auch elektronisch als pdf-Datei übermittelt bekommen ?

- Ja Nein

Ich versichere, vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass

1. **ich** oder mein **gesetzlicher bzw. bevollmächtigter Vertreter** jede Änderung meiner persönlichen Verhältnisse unverzüglich und unaufgefordert der Kreisverwaltung Mainz-Bingen, Blindengeldstelle, **mitzuteilen habe**.

Dies gilt insbesondere für **Änderungen des Sehvermögens** für den **Erhalt bzw. der Änderung der Leistungen der Pflegeversicherung** oder anderer **Pflegeleistungen** sowie dem **Erhalt bzw. der Änderung anderer Leistungen**, die wegen der Sehbehinderung von anderen Stellen gewährt werden. Des Weiteren bitten wir Sie die **Aufnahme in einer Einrichtung zur teil- oder vollstationären Betreuung** (z.B. Krankenhaus, Alten- oder Pflegeheim, Kurzzeitpflege, Kur- oder Reha-Klinik, Schule, Kindergarten, Internat) uns **anzuzeigen**. Gleiches gilt im **Umzugs- oder Todesfall**.

2. **Pflegeleistungen** im Rahmen der Pflegeversicherung auf das **Blindengeld anzurechnen** sind.

3. bei einer **Aufnahme zur teilstationären Betreuung** das **Blindengeld zu kürzen** ist.

4. bei einer **Aufnahme** in einem **Heim**, einer **Anstalt** oder **gleichartigen Einrichtung** zur **vollstationären Betreuung** der Blindengeldanspruch ab dem ersten Tag der fünften Woche (ab dem 29.Tag) ruht.

5. zu **Unrecht gezahlte Leistungen** zu erstatten sind, insb. wenn die **o.g. Mitteilungspflichten** missachtet wurden.

Ich **entbinde** hiermit alle Ärzte, Kliniken, ärztliche Gutachter und den medizinischen Dienst der Krankenkassen von der **ärztlichen Schweigepflicht** für die im Rahmen des Landesblindengeldgesetzes benötigten Auskünfte gegenüber dem zuständigen Leistungsträger. Ich **ermächtige** hiermit meine Kranken- / Pflegekasse bzw. Beihilfestelle und das Amt für soziale Angelegenheiten, alle **medizinischen Unterlagen** - insb. die Bescheide über den Bezug von Pflegeleistungen und die Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen - der **Kreisverwaltung Mainz-Bingen zur Verfügung zu stellen**, soweit dies für die Bewilligung und Zahlung des Blindengeldes erforderlich ist.

Datum , Ort

Unterschrift der / des Leistungsberechtigten

Kreisverwaltung Mainz-Bingen
(Soziales)
Postfach 1355
55206 Ingelheim

Abteilung 33/ Fachbereich 33 a
Landesblindengeld
Sachbearbeiterin: Frau Kampe

_____, den _____

Name und Anschrift des Arztes Ort Datum

**Augenfachärztliche Bescheinigung nach dem
Landesblindengeldgesetz (LBlindenGG) /
dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)**

I. Personalien:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße; Hausnummer	PLZ; Wohnort	Telefon

wurde augenfachärztlich untersucht am _____

II. Fragen zum Augenleiden

Genauere Bezeichnung des Augenleidens und der Ursache

Seit wann besteht das Augenleiden? Welche Behandlungsmaßnahmen wurden bisher durchgeführt ?

Ist eine Besserung zu erwarten? Wenn ja, welche Behandlungsmaßnahmen werden vorgeschlagen ?

Ist eine Nachuntersuchung erforderlich? Wenn ja, wann ?

Weitere Ausführungen des Arztes

bitte wenden

III. Feststellung der Blindheit im Sinne des LBlindenGG / des SGB XII bzw. Gleichstellung

bitte angeben:	Prüfinstrument	_____
	Markenhelligkeit	_____
	Markengröße	_____
Sehschärfe:		
	rechtes Auge	_____
	linkes Auge	_____
Gesichtsfeldeinschränkung:		_____

Blindheit im Sinne des LBlindenGG / des SGB XII liegt nicht vor

es liegt völlige Erblindung vor

die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt nicht mehr als 1/50 (0,02)

die Sehschärfe des besseren Auges beträgt mehr als 1/50,

jedoch begründen nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens eine gleichzuachtende Beeinträchtigung durch :

- Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,033 (1/35) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 30° vom Zentrum entfernt ist. Gesichtsfeldreste jenseits von 50° bleiben unberücksichtigt

- Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,05 (1/20) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 15° vom Zentrum entfernt ist. Gesichtsfeldreste jenseits von 50° bleiben unberücksichtigt

- Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes, auch bei normaler Sehschärfe, wenn die Grenze der Gesichtsfeldinsel in keiner Richtung mehr als 5° vom Zentrum entfernt ist. Gesichtsfeldreste jenseits von 50° bleiben unberücksichtigt

- Große Gesichtsfeldausfälle im zentralen Gesichtsfeldbereich, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und im 50° -Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians mehr als die Hälfte ausgefallen ist

 - einseitig
 - beidseitig

- Homonyme Hemianopsien (gleichseitige Halbseitenblindheit) mit Verlust des zentralen Sehens beiderseits, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser hat

- Bitemporale Hemianopsien (beidseitige Halbseitenblindheit im Schläfenbereich) mit Verlust des zentralen Sehens beiderseits, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene binokulare Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser hat

Unterschrift und Stempel des Arztes

zurück an:

Kreisverwaltung Mainz-Bingen
z.Hnd. **Frau Kampe** (Abt. 33 / Fb 33 a)
Sachbereich Blindengeld / Blindenhilfe
Georg-Rückert-Str. 11
55218 Ingelheim

Abs.:

VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich nachfolgende Person in meinem Namen in allen Angelegenheiten des Blindengeldes / Blindenhilfe nach dem jeweils anzuwendendem Gesetz tätig zu werden:

_____ (Vor-und Zuname)
_____ (Straße / Hausnummer)
_____ (PLZ / Wohnort)
_____ (Telefon / Handy)
_____ (Mail-Adresse)

Die umseitigen Informationen habe ich inhaltlich zur Kenntnis genommen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der / des Leistungsberechtigten)

Informationen zur vorderseitigen Vollmacht:

Wenn der / die Leistungsberechtigte aufgrund Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage ist, rechtswirksam eine Vollmacht zu erteilen, müsste beim zuständigen Amtsgericht die Errichtung einer rechtlichen Betreuung angeregt werden.

Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Gewährung des Landesblindengeldes von der Beantragung des Leistungsberechtigten selbst, bzw. von der Vorlage einer Vollmacht / Urkunde des Amtsgerichtes über die Bestellung abhängig ist.

Bis zur endgültigen Errichtung einer Betreuung genügt eine Bestätigung des Amtsgerichtes mit Anregung einer Betreuung, da in der Regel die Errichtung der Betreuung selbst einiger Zeit bedarf.