

**Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld  
nach dem Landesblindengeldgesetz (LBIGG)  
des Landes Schleswig-Holstein**

**Antragsteller/in:**

Name, Vorname:			
geb. am:		Telefon:	
PLZ/Wohnort, Straße:			
zugezogen am:		von:	
Ist der/die Antragsteller/in in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:		
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> deutsch, <input type="checkbox"/> andere:		

**Kranken-/Pflegekasse:**

Name/Anschrift:	
-----------------	--

**gesetzliche Vertretung: - bitte Bestellsurkunde beifügen -**

Name/Wohnort:	
---------------	--

**nächste Angehörige bzw. Vertrauensperson:**

Name, Vorname:			
Verwandtschafts- verhältnis:		Telefon:	
Wohnort, Straße:			
Soll der Schriftverkehr über diese Person geführt werden, sofern kein gesetzl. Vertreter/Vormund bestellt ist? <input type="checkbox"/> ja (bitte Vollmacht beifügen) <input type="checkbox"/> nein			

**Bankverbindung:**

Name des Kontoinhabers:			
Bank/Sparkasse:			
IBAN:	DE		
BIC:			(vgl. Kontoauszug)
Postbarzahlungen sind nicht möglich Soll die Überweisung nicht auf das Konto des Berechtigten erfolgen, ist eine Einverständniserklärung beizufügen.			

**Landesblindengeld kann nur gezahlt werden, wenn die Blindheit oder eine ihr nach § 1 Abs. 4 LBIGG gleichgestellte Sehbehinderung als Behinderung anerkannt worden ist. Taubblinde erhalten ein erhöhtes Landesblindengeld. Dies ist durch Vorlage eines Feststellungsbescheides/ eines Schwerbehindertenausweises nach § 69 Sozialgesetzbuch (SGB IX) nachzuweisen.**

Wurde das Vorliegen der <b>Blindheit</b> durch Feststellungsbescheid des Landesamtes für soziale Dienste (LAsD) anerkannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>(falls ja, bitte eine Kopie des Feststellungsbescheides und des Schwerbehindertenausweises beifügen)</b>	

Ist ein Antrag beim LAsD auf Zuerkennung des Merkmals „ <b>BI</b> “ ( <b>Blindheit</b> ) gestellt worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist ein Antrag beim LAsD auf Zuerkennung des Merkmals „ <b>GI</b> “ ( <b>Gehörlosigkeit</b> ) gestellt worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist ein Antrag beim LAsD auf Zuerkennung des Merkmals „ <b>TBI</b> “ ( <b>Taubblindheit</b> ) gestellt worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, wann?		Geschäftszeichen:

## Erhalten Sie

<b>Bar- oder Sachleistungen der Pflegekasse nach dem Pflegeversicherungsgesetz</b> <b>(bitte Bescheidkopie beifügen)</b>	<input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad:	
	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Pflegeleistungen gem. §§ 61 ff Sozialgesetzbuch (SGB) XII (= Sozialhilfe)</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) für Kriegerwitwen, Kriegsbeschädigte od. Hinterbliebene vom LAsD (Versorgungsamt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegezulage gem. §§ 26/35 Bundesversorgungsgesetz (BVG)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kriegsschadenrente nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG) (Unterhaltshilfe/Entschädigungsrente)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegegeld von der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 44 SGB VII	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegegeld gem. § 558 Reichsversicherungsordnung (RVO) (gilt nur für Unfälle vor dem 01.01.1997)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leistungen aufgrund privatrechtlicher Schadenersatzansprüche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde die Blindheit durch einen Unfall verursacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leistungen zum Ausgleich der durch die Blindheit bedingten Mehraufwendungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld

**Ermächtigung:**

Ich ermächtige unwiderruflich meine Bank/Sparkasse von meinem Konto auf Anforderung Rücküberweisungen zu leisten, soweit gezahltes Landesblindengeld mir oder meinen Erben nicht zusteht.

**Erklärung:**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben, insbesondere über Leistungen, die zum Ausgleich der blindheitsbedingten 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 zurückzuzahlen sind.

**Ich bin verpflichtet, folgende Änderungen umgehend anzuzeigen:**

- a) die Besserung des Sehvermögens,
- b) Umzug oder Heimaufnahme,
- c) Bezug und Änderung von Pflegeleistungen (Erst-/Änderungseinstufung).

**Hinweis zum Datenschutz:**

Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten zur Bearbeitung des gestellten Antrages im EDV-System gespeichert werden.

Ort, Datum

Antragsteller/in, ges. Vertreter/in, Bevollmächtigte/r

**Anlage:**

1. Einverständniserklärung (Krankenkasse)
2. Einverständniserklärung (Landesamt)

**Zurück an:**

Kreis Rendsburg-Eckernförde  
Fachdienst Soziale Sicherung  
z. H. Frau Thoms oder Vertreter/in  
Kaiserstraße 8  
24768 Rendsburg