

<b>Absender/in</b>
--------------------

**Antrag auf Gewährung von  
Landesblindengeld nach dem  
Landesblindengeldgesetz  
(LBIGG)**

<b>Kreis Stormarn Fachdienst Sonstige soziale Leistungen Postfach 1420 23843 Bad Oldesloe</b>
---

**1. Antragsteller/in (Blinde/r)**

Name		Vorname	
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit/en		
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort			
Telefon (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)	

**2. Bankverbindung**

Kontoinhaber/in: Name		Vorname	
IBAN			
BIC		Geldinstitut	

**3. Vertreter (ggf. Vormund/Pfleger) des/der minderjährigen Blinden,  
Betreuer oder sonstiger Bevollmächtigter  
(bitte ggf. Kopie der Bestallungsurkunde oder Vollmacht vorlegen)**

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort			
Telefon (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)	

#### 4. Ursache der Erblindung

- Unfall (Arbeits-, Verkehrs- oder sonstiger Unfall)
- Kriegs-, Wehrdienst - oder Impfschädigung
- hohes Alter, Krankheit
- besteht seit Geburt

#### 5. Unterbringung des/der Berechtigten

Wohnen Sie in einer Anstalt, einem Heim oder einer vergleichbaren Einrichtung?

- nein       ja

Wenn ja, Name und Anschrift der Einrichtung

Heimaufnahme am	Anschrift vor Heimaufnahme
-----------------	----------------------------

Ist die Heimaufnahme direkt im Anschluss eines Krankenhausaufenthaltes oder eines Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege erfolgt?

- nein       ja, ab \_\_\_\_\_

Die Kosten des Aufenthaltes werden getragen von

- einem öffentlichen Kostenträger (z.B. Sozialamt, Kriegsopferfürsorgestelle, Pflegeversicherung, Beihilfestelle - bitte Kopie des Bescheides beifügen)
- mir selbst

#### 6. Zweckbestimmte Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften

Erhalten Sie Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften, die zum Ausgleich der durch Blindheit bedingten Mehraufwendungen bestimmt sind?

- nein       ja (bitte Kopie des Bescheides beifügen!)

Wenn ja, welche Leistungen erhalten Sie?

6.1 Pflegezulage für Kriegsblinde nach § 35 Bundesversorgungsgesetz (BVG)

6.2 Pflegegeld nach § 269 Lastenausgleichsgesetz (LAG)

6.3 Leistungen für Unfallblinde nach dem Sozialgesetzbuch VII (SGB VII)

6.4 Leistungen der Haftpflichtversicherung

6.5 sonstige Ansprüche nach anderen Rechtsvorschriften

(z.B. nach § 823 Bürgerliches Gesetzbuch)

Ich verfolge gegenwärtig einen Anspruch nach 6.1 - 6.5 gegen

Betrag

## 7. Pflegeversicherungsleistungen

Ich erhalte Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) oder einer privaten Pflegeversicherung

nein  ja (bitte Kopie des Bescheides beifügen!)

	Betrag
Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) Grad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) Grad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Pflegeleistungen für vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) Grad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

## 8. Leistungen nach dem BVG einschließlich der Gesetze, die das BVG

für anwendbar erklären (Soldatenversorgungsgesetz, Infektionsschutzgesetz, Häftlingshilfegesetz, Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten)

GZ:	Landesamtes für soziale Dienste Schleswig-Holstein	Betrag
	Außenstelle:	

Anzugeben sind auch ruhende oder erloschene Ansprüche sowie solche, die wegen der Anrechnung von Einkommen oder Leistungen nach § 44 (5) BVG nicht realisiert werden können.

## 9. Haben Sie bisher schon Landesblindengeld und/oder Blindenhilfe von einer anderen Stelle erhalten?

nein  ja

Wenn ja, Anschrift der Blindengeldstelle	
Aktenzeichen	Einstellung des Blindengeldes zum: (bitte Bescheid in Kopie beifügen)

**Vorstehende Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit.**

**Mir ist bekannt, dass ich wegen falscher oder unvollständiger Angaben zu Unrecht erlangte Hilfe erstatten muss.**

**Mir ist ferner bekannt, dass ich gem. § 9 Abs. 1 des Landesblindengeldgesetzes verpflichtet bin, alle Änderungen von Tatsachen, die für die Gewährung des Blindengeldes oder für seine Höhe maßgebend sind, unverzüglich und unaufgefordert anzuzeigen.**

**Hierzu gehören unter anderem**

- die Verbesserung des Sehvermögens (z.B. durch Operation oder sonstige Behandlung),
- jede Aufnahme in ein Heim, eine Anstalt oder gleichartige Einrichtung (z.B. Altenheim, Blindenheim, Sanatorium, Krankenhaus) sowie die Entlassung,
- Beantragung oder Gewährung von Leistungen, die nach anderen Rechtsvorschriften zum Ausgleich der blindheitsbedingten Mehraufwendungen gezahlt werden, da diese auf das Blindengeld anzurechnen sind (z.B. die Leistungen der Pflegekasse bei häuslicher Pflege)

**Bitte fügen Sie dem Antrag eine Kopie des Feststellungsbescheides nach § 69 des Sozialgesetzbuches IX (SGB IX) bei, wenn das Merkzeichen "BI" für Blind anerkannt wurde.**

**Sollte das Merkzeichen "BI" noch nicht anerkannt sein, stellen Sie bitte umgehend einen Antrag beim Landesamt für soziale Dienste, Außenstelle Lübeck, Große Burgstraße 4 in 23552 Lübeck und reichen den Bescheid nach.**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift des/r Antragstellers/in  
bzw. Bevollmächtigten / gesetzl.  
Vertreters**

## Vollmacht

Ich möchte mich in den Angelegenheiten des Landesblindengeldes vertreten lassen durch

Name	Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Telefon (Angabe freiwillig)	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/r Antragstellers/in

Name	Vorname
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	

## Erklärung gemäß § 67 b SGB X

**Der Blinden- und Sehbehindertenverein Schleswig-Holstein e.V., Bezirksgruppe Stormarn in 23843 Bad Oldesloe**, hat den Kreis Stormarn gebeten, ihm die Empfänger/innen von Landesblindengeld zu benennen, um mit diesen Personen Kontakt aufnehmen zu können.

Die Bekanntgabe personenbezogener Daten unterliegt der Geheimhaltung und ist gemäß § 67 b Sozialgesetzbuch X (SGB X) nur zulässig, wenn der/die Betroffene eingewilligt hat.

Falls Sie mit der Weitergabe Ihres Namens, Vornamens, Geburtsdatums und der Anschrift an den Blinden- und Sehbehindertenverein einverstanden sind, unterzeichnen Sie bitte folgende Erklärung;

**Ich bin mit der Weitergabe meiner o.a. Daten an den**

**Blinden- und Sehbehindertenverein Schleswig-Holstein e.V., Memelstraße 4, 23554 Lübeck, Tel. 0451 /4085080, E-Mail: [info@bsvsh.org](mailto:info@bsvsh.org)**

**einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift