

Antrag auf Bewilligung von Landesblindengeld und Blindenhilfe

! Dieser Antrag gilt nur für Personen, die in Kiel wohnen !

I. Antragstellerin / Antragsteller:

.....
(Name, Vorname) (Geburtsdatum und -ort)

.....
(Anschrift: Straße, Postleitzahl, Ort)

.....
(Familienstand) (Staatsangehörigkeit) (Telefonnummer)

.....
(Personalausweis-Nummer) (Name Ihrer Kranken-/Pflegekasse)

.....
(Bitte geben Sie hier gegebenenfalls Name, Vorname, Geburtsdatum und -ort des Ehegatten an)

II. Ihre Bankverbindung für die Zahlung des Landesblindengeldes/Blindenhilfe:

.....
(Name und Ort der Bank/Sparkasse) (IBAN) (BIC/SWIFT)

.....
(Name des Kontoinhabers, falls nicht mit dem/der Antragsteller/in identisch)

III. Bevollmächtigte oder Betreuer: (bitte unbedingt Vollmacht oder Betreuerausweis beifügen)

.....
(Name, Vorname, Anschrift und Telefonnummer der/des Bevollmächtigten)

IV. Erhalten Sie eine der folgenden Leistungen oder haben Sie diese beantragt?

(bitte fügen Sie gegebenenfalls eine Bescheidkopie bei)

- a) Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder der Sozialhilfe?
 Nein Ja, in Höhe von Euro vom Amt für
- b) Leistungen der Kriegsofopferfürsorge (z. B. von der Fürsorgestelle für Kriegsofopfer oder dem Landesamtes für soziale Dienste)?
 Nein Ja, in Höhe von Euro von
(Name des Amtes)
- c) Pflegeleistungen von der Pflegekasse?
 Nein Ja, in Höhe von Euro von
(Name der Pflegekasse)
- d) Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung zum Ausgleich der Blindheit?
 Nein Ja, in Höhe von Euro von
(Name der Unfallversicherung)
- e) Beihilfeleistungen für (ehemalige) Angehörige des öffentlichen Dienstes?
 Nein Ja, in Höhe von Euro von
(Name der Beihilfekasse)
- f) Pflegezulage nach dem Bundesversorgungsgesetz oder dem Lastenausgleichsgesetz?
 Nein Ja, in Höhe von Euro von
(Name des Amtes)
- g) Leistungen des Landesamtes für soziale Dienste oder der Agentur für Arbeit?
 Nein Ja, in Höhe von Euro.....

V. **Wohnen Sie in einer Einrichtung (z.B. Altenheim, Pflegeheim, Behindertenwohnheim, Blindenheim oder ähnliches) oder befinden Sie sich zur Zeit in einem Krankenhaus?**

Nein Ja, im
(Name des Heimes /Krankenhauses)

Seit wann wohnen Sie im Heim bzw. befinden Sie sich im Krankenhaus?
(Datum)

Falls ja, wo haben Sie vor der Heimaufnahme zuletzt gewohnt?

.....
(Anschrift: Straße, Postleitzahl, Ort)

(bitte wenden)

VI. **Steht die Blindheit im Zusammenhang mit einem Unfall und/oder im Zusammenhang mit einem Verschulden Dritter?**

Nein Ja

VII. Voraussetzung für die Zahlung des Landesblindengeldes/der Blindenhilfe ist die Feststellung der Blindheit (Merkzeichen „Bl“ im Schwerbehindertenausweis) durch das Landesamt für soziale Dienste (ehemals Versorgungsamt). Die medizinischen Voraussetzungen werden nur dort geprüft. Sie müssen mir daher den Feststellungsbescheid des Landesamtes für soziale Dienste vorlegen.

Einen solchen Feststellungsbescheid habe ich beigelegt.
 werde ich umgehend beantragen / ist beantragt.

Bitte beachten Sie, dass ein Landesblindengeld/eine Blindenhilfe frühestens ab Antragsmonat gezahlt werden kann. Wir empfehlen Ihnen daher, diesen Antrag umgehend an uns zurückzusenden und zeitgleich den Feststellungsbescheid beim Landesamt für soziale Dienste zu beantragen, soweit das bisher noch nicht geschehen ist.

VIII. Neben dem Landesblindengeld wünsche ich auch **die Zahlung von Blindenhilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII.** (Erläuterungen: siehe beiliegende Hinweise)

Ich beantrage **Blindenhilfe nach dem Bundesversorgungsgesetz**, da ich Leistungen der Kriegsofopferfürsorge vom Landesamt für soziale Dienste erhalte. (Erläuterungen: siehe beiliegende Hinweise)

IX. **Erklärung und Unterschrift:**

Die Bewilligung von Landesblindengeld und Blindenhilfe kann sich auf andere Leistungen des Amtes für Wohnen und Grundsicherung oder des Amtes für Soziale Dienste auswirken. So sind Kürzungen z.B. bei Pflegeleistungen oder Hilfen im Haushalt sowie der Wegfall des Barbetrages in Alten- oder Pflegeheimen möglich. **Sofern durch die Bewilligung von Landesblindengeld oder Blindenhilfe andere Leistungen des Amtes für Wohnen und Grundsicherung oder des Amtes für Soziale Dienste überzahlt werden, erkläre ich hiermit ausdrücklich, dass ich mit einer Verrechnung der überzahlten Leistungen mit der Landesblindengeldnachzahlung einverstanden bin. Nur so ist eine Zahlung meiner häuslichen Pflegeleistungen / Haushaltshilfe oder meines Barbetrages ohne Unterbrechung weiterhin möglich.**

Ich erkläre außerdem, dass ich das Amt für Wohnen und Grundsicherung - Fürsorgestelle für Kriegsofopfer - unverzüglich unterrichten werde, wenn sich Änderungen zu den in diesem Antrag gemachten Angaben ergeben. Ich werde auch jede Antragstellung von Sozialleistungen bei anderen Stellen und jede Wohnsitzveränderung umgehend mitteilen.

Kiel,
(Datum)

.....
(Unterschrift)