

1	An das Zentrum Bayern Familie und Soziales - Region

Aktenzeichen

Eingangsstempel des Zentrums Bayern Familie und Soziales
--

Eingangsstempel der Gemeinde/ Behörde

Antrag auf Blindengeld nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz (BayBlindG)

Bitte beachten Sie:

Ihr Antrag kann nur dann rasch bearbeitet werden, wenn Sie die Fragen **sorgfältig und vollständig** – möglichst in Maschinen- oder Blockschrift – beantworten und die für Sie zutreffenden Bescheinigungen von den zuständigen Stellen ausfüllen lassen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen im beiliegenden Informationsblatt.

Angaben zur Person

Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen

2	Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname		
3	Geburtsdatum	Geburtsort	Kreis, Land
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers			
4a	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort <input type="checkbox"/> in Bayern <input type="checkbox"/> außerhalb Bayerns		→ Bitte Meldebescheinigung oder Kopie des Personalausweises beilegen oder von der Meldebehörde auf der Anlage bestätigen lassen!
Straße, Haus-Nr.			
Postleitzahl, Ort		Kreis	
tagsüber telefonisch erreichbar unter ()			
4b	Weitere Wohnsitze, auch Auslandswohnsitze		
5	Staatsangehörigkeit	→ Hinweis für Staatsangehörige außerhalb von EU- oder EWR-Staaten: Bitte lassen Sie von der Ausländerbehörde die Bescheinigung – siehe Anlage - ausfüllen oder legen Sie eine entsprechende Bescheinigung bei.	
6	Bei Minderjährigen und Personen, für die eine Betreuung bestellt ist, bitte Zu- und Vornamen sowie Anschrift der gesetzlichen Vertretung oder der bestellten Betreuung angeben und ggf. Betreuerausweis vorlegen:		

Angaben über die Ursache der Behinderung

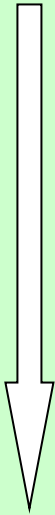
7 Die Erblindung/Sehbehinderung ist zurückzuführen auf

- angeborene Behinderung Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung, Gewalttat, Impfschaden
- Arbeitsunfall sonstigen Unfall
- Berufskrankheit sonstige Erkrankung

Angaben über den Bezug/die Beantragung von sonstigen Leistungen

8 Erhalten Sie wegen Blindheit/Sehbehinderung bzw. zum Ausgleich dadurch bedingter Mehraufwendungen Leistungen von anderen Stellen?

NEIN **JA**, und zwar



- nach dem BVG oder den Gesetzen, die seine entsprechende Anwendung vorsehen
- aus der gesetzlichen Unfallversicherung/beamtenrechtlichen Unfallfürsorge
- aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge
- entsprechende Leistungen aus Sicherungs- und Versorgungssystemen anderer EU-Länder
- Blindengelder anderer Bundesländer und anderer EU-Länder
- aus zivilrechtlichen oder sonstigen Ansprüchen

Wenn möglich, fügen Sie bitte eine Kopie des Bescheides bei, mit dem Ihnen die Leistung bewilligt wurde oder geben Sie an:

Stelle/Amt	Aktenzeichen
------------	--------------

Haben Sie eine derartige Leistung beantragt?

NEIN **JA**,
und zwar

Leistungsart	bei	Stelle
--------------	-----	--------

9 Pflegeversicherung

Ich gehöre folgender gesetzlichen bzw. privaten Krankenkasse und Pflegekasse an

	Name, Anschrift	Aktenzeichen/Versicherungs-Nr.
Krankenversicherung		
Pflegeversicherung		

Ich habe bei meiner Pflegeversicherung Leistungen beantragt

nein ja Entscheidung steht noch aus

Ich erhalte von meiner gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung Leistungen

nein ja

Wenn ja: es handelt sich um

Leistungen bei häuslicher Pflege nach Pflegegrad

→ **Bitte tragen Sie den zustehenden Pflegegrad ein**

Leistungen nach § 43 SGB XI bei Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung (Pflegeheim o.ä.)

Leistungen nach § 43a SGB XI bei Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe

Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit

Erhalten Sie Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach sonstigen inländischen oder nach ausländischen Rechtsvorschriften (z. B. Pflegegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung, Pflegezulage nach dem BVG/LAG, Pflegegeld nach § 64a Sozialgesetzbuch - Zwölftes Buch (SGB XII) und Pflegesachleistung nach § 64b SGB XII)?

ja nein

Wenn ja: es handelt sich um

Wenn möglich, fügen Sie bitte eine Kopie des Bescheides/der Mitteilung über die Leistungsbewilligung bei.

Angaben über Feststellungen nach dem Schwerbehindertenrecht

10 Wünschen Sie, dass wegen Ihrer Erblindung bzw. Sehbehinderung auch ein Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX) zur Ausstellung oder Änderung eines Ausweises eingeleitet wird?

ja nein

Ein Verfahren nach dem SGB IX läuft bereits unter dem Az.

Angaben über ärztliche Behandlungen

► **Bitte fügen Sie die Ihnen vorliegenden augenfachärztlichen Unterlagen bei.** ◀

Diese Unterlagen sollen regelmäßig nicht älter als fünf Jahre sein.

11 Ärztliche Behandlung wegen des Augenleidens

Name des behandelnden augenärztlichen Fachpersonals / Krankenhauses	Anschrift	zuletzt am
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12 Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Behinderteneinrichtung) befinden sich weitere die Blindheit betreffende Unterlagen?

Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben über Aufenthalt in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung

13 Halten Sie sich in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung auf? (siehe Informationsblatt)

nein ja seit

in

Erhalten Sie Leistungen Ihrer gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung nach § 43 SGB XI (Pflege in einer vollstationären Einrichtung)?

nein ja Antrag ist gestellt

Werden die Kosten des Aufenthalts im Heim ganz oder teilweise aus Mitteln eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (siehe Informationsblatt) getragen?

nein ja, und zwar erhalte ich seit

Sozialhilfe von

Beihilfe nach den Beihilfavorschriften des Bundes und der Länder von

eine sonstige Leistung, und zwar

Wenn möglich, fügen Sie bitte eine Kopie des Bewilligungsbescheides bei oder geben Sie das Aktenzeichen an.

Erklärung der antragstellenden Person

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts, den Entzug des Aufenthaltstitels (Niederlassungserlaubnis, Aufenthaltserlaubnis etc.), die Aufnahme in ein Heim, den Bezug von Leistungen meiner Pflegeversicherung oder von anderen Stellen wegen Blindheit oder Pflegebedürftigkeit und jede Veränderung der Sehbehinderung sowie die Durchführung einer Operation oder Behandlung zur Verbesserung der Sehfähigkeit werde ich dem Zentrum Bayern Familie und Soziales **unverzüglich** unter Vorlage entsprechender Nachweise **mitteilen**.

Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben bzw. das Verschweigen von Änderungen strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangenes Blindengeld zurückerstattet werden muss.

Ich beauftrage im Fall der unbaren Zahlung das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber den Erben, überzahlte Beträge an das Zentrum Bayern Familie und Soziales zurück zu überweisen. Der vorstehende Auftrag kann nur von mir, nicht aber von den Erben widerrufen werden. Ich stelle das kontoführende Geldinstitut nach meinem Ableben gegenüber dem Zentrum Bayern Familie und Soziales ausdrücklich von der Wahrung des Bankgeheimnisses frei.

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages und eines eventuell sich anschließenden Widerspruchsverfahrens bei Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen und Sozialleistungsträgern (z. B. Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung) und bei sonstigen Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, im **erforderlichen Umfang** Auskünfte einholt. Ich bin auch einverstanden, dass vom ärztlichen Fachpersonal, welches ich in diesem Antrag angegeben habe, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Personen im ärztlichen Dienst oder Stellen erstellt sind. Dies gilt auch für ärztliches Fachpersonal und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren noch bekanntgeben werde. Die Unterlagen sollen nicht älter als fünf Jahre sein.

Ich entbinde Personen im ärztlichen Dienst und sonstige schweigepflichtige Personen, deren Beteiligung sich aus meinen obigen Angaben ergibt, von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verfahren nach dem BayBlindG zu.

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für später genanntes ärztliches Fachpersonal und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen soweit dies erforderlich ist (Art. 7 Abs. 1 BayBlindG, § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

14 An Unterlagen sind beigelegt:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anlage zum Antrag auf Blindengeld | <input type="checkbox"/> Vollmacht |
| <input type="checkbox"/> Vorhandene Sehbehinderungsnachweise
(z. B. Bescheid, ärztliche Unterlagen) | <input type="checkbox"/> Bestellsurkunde |
| <input type="checkbox"/> Bescheinigung der Melde-/Ausländerbehörde | <input type="checkbox"/> Erklärung zur Weitergabe Ihrer
Anschrift an einen Verband |
| <input type="checkbox"/> Bescheid der Pflegeversicherung | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Antrag auf Taubblindengeld | |

bei Vertretung: als gesetzliche Vertretung als bevollmächtigte Vertretung
→ Vollmacht beifügen! ←

Datum

Unterschrift

Anlage zum Antrag auf Blindengeld

Zahlungsangaben

15 Das Blindengeld soll überwiesen werden:

auf **mein** Konto

Bezeichnung des Geldinstituts

IBAN (22-stellig)

BIC (11-stellig)

auf das Konto von

Name, Anschrift

Bezeichnung des Geldinstituts

IBAN (22-stellig)

BIC (11-stellig)

Erklärung der kontoinhabenden Person:

Ich erkläre hiermit, dass ich das kontoführende Geldinstitut beauftrage, überzahlte Beträge an das Zentrum Bayern Familie und Soziales zurück zu überweisen. Dieser Auftrag kann nicht widerrufen werden.

Datum

Unterschrift kontoinhabende Person

Bescheinigungen

(wenn Sie keine vorhandenen Nachweise vorlegen können) – kostenfrei nach § 64 SGB X –

20 MELDEBEHÖRDE

Die Richtigkeit der Personalien wird aufgrund des vorgelegten Personalausweises/Reisepasses bestätigt

Die antragstellende Person

Name, Vorname

geboren

ist hier gemeldet mit Hauptwohnsitz Nebenwohnsitz

seit

Der Zuzug erfolgte

am

von

früherer Wohnort, Kreis

Datum/Unterschrift

Stempel der Behörde

30 AUSLÄNDERBEHÖRDE

(nur für Staatsangehörige außerhalb des EU- oder EWR-Bereiches)

Die antragstellende Person

Name, Vorname	geboren
---------------	---------

verfügt über folgende Berechtigung zum Aufenthalt in Deutschland:

- Niederlassungserlaubnis (§ 9 AufenthG)
- Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG (§ 9a AufenthG)
- Aufenthaltserlaubnis
 - zum Zweck der Ausbildung (§§ 7, 16, 17 AufenthG)
 - zum Zweck der Erwerbstätigkeit (§§ 7, 18, 20, 21 AufenthG)
 - aus völkerrechtlichen Gründen u. ä. nach §§ 7, 22, 23, 23a, 104a, 104b AufenthG
 - zum vorübergehenden Schutz (§§ 7, 24 AufenthG)
 - aus humanitären Gründen nach §§ 7, 25 Abs. 1, 2, 3 oder 5 AufenthG
 - für einen vorübergehenden Aufenthalt nach §§ 7, 25 Abs. 4 oder 4a AufenthG
 - aus familiären Gründen (§§ 7, 27 ff. AufenthG)
 - aufgrund eines Rechtes auf Wiederkehr (§§ 7, 37 AufenthG)
 - für ehemalige Deutsche (§§ 7, 38 AufenthG)
 - für in anderen EU-Staaten langfristig Aufenthaltsberechtigte (§§ 7, 38a AufenthG)
- Schengen-Visum (§ 6 Abs. 1 bis 3 AufenthG)
- nationales Visum (§ 6 Abs. 4 AufenthG)
(Aufenthaltszweck: _____)
- Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylG)
- Duldung (§ 60a AufenthG)
- sonstiges: _____

Befristung der Aufenthaltsberechtigung

nein

ja bis: _____

Datum/Unterschrift

Stempel der Behörde

INFORMATION

Der Bayerischen Staatsregierung ist es ein besonderes Anliegen, ihre Leistungen und Hilfen für behinderte Menschen so wirksam wie möglich zu gestalten. Bei dieser Zielsetzung arbeiten die staatlichen Behörden und gemeinnützigen Einrichtungen in einem gegliederten Organisationssystem zusammen. Viele Hilfen für blinde und sehbehinderte Personen werden von Behinderten- und Behindertenselbsthilfeorganisationen angeboten.

An der speziellen Beratung von sehbehinderten und blinden Menschen sind im Freistaat Bayern landesweit u. a. insbesondere die unten angegebenen Organisationen beteiligt. Wenn Sie an Informationen interessiert sind, können Sie für eine Kontaktaufnahme dieses Formblatt benutzen.

Das Zentrum Bayern Familie und Soziales wird es an die von Ihnen gewünschte Organisation weiterleiten.

Erklärung

Datum: _____

Zu meiner Information über weitere Hilfsmöglichkeiten für Sehbehinderte und Blinde können mein Name und meine Adresse der angekreuzten bzw. angegebenen Organisation mitgeteilt werden.

- Bayerischer Blinden- und Sehbehindertenbund e.V., Selbsthilfeorganisation der Blinden und Sehbehinderten in Bayern
- Sozialverband VdK Bayern e.V.
- Sozialverband Deutschland e.V., Landesverband Bayern
- _____

Meine Anschrift:		
Name	Vorname	Geburtsjahr
Straße	PLZ/Wohnort	Tel.-Nr.

Unterschrift

Hinweis: Die Rücksendung dieser Erklärung ist zur Antragstellung auf Blindengeld nicht erforderlich und hat auf die Entscheidung über den Antrag keinen Einfluss. Die Weiterleitung ist eine Serviceleistung Ihres Zentrums Bayern Familie und Soziales.

Einwilligung in die Übermittlung von Daten an das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) und Entbindung von der Schweigepflicht im Verfahren nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz (BayBlindG)

Vor- und Zuname		Aktenzeichen:
Anschrift:		

Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales im Rahmen der Bearbeitung meines Verfahrens und eines eventuell sich anschließenden Widerspruchsverfahrens bei Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen und Sozialleistungsträgern (z. B. Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung) und bei sonstigen Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, im **erforderlichen Umfang** Auskünfte einholt. Ich bin auch einverstanden, dass von dem ärztlichen Fachpersonal, welches ich in diesem Antrag angegeben habe, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Personen im ärztlichen Dienst oder Stellen erstellt sind. Die Unterlagen sollen nicht älter als fünf Jahre sein.

Dies gilt auch für ärztliches Fachpersonal und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren noch bekanntgeben werde.

Ich entbinde Personen im ärztlichen Dienst und sonstige schweigepflichtige Personen, deren Beteiligung sich aus meinen obigen Angaben ergibt, von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verfahren nach dem BayBlindG zu.

KEINE Auskünfte dürfen eingeholt werden bei: _____

Folgende Unterlagen dürfen NICHT eingeholt werden: _____

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für später genanntes ärztliches Fachpersonal und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen soweit dies erforderlich ist (Art. 7 Abs. 1 BayBlindG, § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____