

Antrag auf Gewährung von Blindengeld

nach dem Gesetz über das Blinden- und Gehörlosengeld
im Land Sachsen-Anhalt

Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit Landesblindengeld Maxim-Gorki-Straße 7 06114 Halle	
--	--

 SACHSEN-ANHALT Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit
Landesblindengeld
Eingangsstempel
Aktenzeichen

Hinweis:

Der Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn Sie die Fragen
sorgfältig und vollständig beantworten bzw. ankreuzen und
wenn Sie die erforderlichen Belege beifügen.

1. Anspruchsberechtigte(r) (für die / den die Leistung beantragt wird)

LBliGG 01 - LAS - Antrag auf Gewährung von Blindengeld

1.1	Name
1.2	Geburtsname
1.3	Vorname
1.4	Geburtsdatum
1.5	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ keine Angabe
1.6	Wohnort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
1.7	evtl. weitere Wohnsitze (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
1.8	Telefon (einschl. Vorwahl)
1.9	E-Mail-Adresse

1.10 Staatsangehörigkeit

☐ deutsch

☐ EU- / EWR-Staat

☐ Schweiz

☐ folgende andere Staatsangehörigkeit:

Staatsangehörigkeit

Sofern Sie nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen und nicht EU-Angehörige(r) oder Staatsangehörige(r) der Schweiz, von Island, Lichtenstein oder Norwegen sind, fügen Sie bitte eine amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt bei (Aufenthaltstitel).

Üben Sie eine Beschäftigung / selbständige Tätigkeit aus:

☐ ja, in Sachsen-Anhalt

☐ ja, in einem anderen Bundesland

☐ ja, im Ausland

☐ nein

1.11 vertreten durch **Bitte Bevollmächtigung oder Betreuungsverhältnis nachweisen.**

☐ gesetzlicher Vertreter(in) ☐ Betreuer(in)

☐ Bevollmächtigte(r)

Name

Vorname

Wohnort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefon (einschl. Vorwahl)

E-Mail-Adresse

2. Bankverbindung

2.1	Name des Geldinstitutes
2.2	IBAN
2.3	BIC
2.4	Kontoinhaber(in) ☐ Anspruchsberechtigte(r) ☐ nicht Anspruchsberechtigte(r), sondern: Name Vorname
2.5	Einverständniserklärung Fremdkonto Soll das Blindengeld nicht auf das Konto des Anspruchsberechtigten gezahlt werden, ist die nachfolgende Einverständniserklärung des / der Anspruchsberechtigten auszufüllen. Ich bin damit einverstanden, dass die mir zustehende Leistung auf das unter Pkt. 2.1 bis 2.4 angegebene Fremdkonto überwiesen wird. _____ eigenhändige Unterschrift der / des Anspruchsberechtigten
2.6	Erklärung des Fremdkontoinhabers / der Fremdkontoinhaberin Der / Die Unterzeichnende verpflichtet sich hierdurch, Tatsachen, die einer Weiterzahlung des Blindengeldes an den Blindengeldempfänger / die Blindengeldempfängerin entgegenstehen (z.B. Ableben, Aufenthaltswechsel) unverzüglich dem Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit (LAS) mitzuteilen. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber meinen Erben überzahlte Beiträge zurück zu erstatten. _____ Ort, Datum _____ eigenhändige Unterschrift des Fremdkontoinhabers / der Fremdkontoinhaberin

3. Aufenthalt

3.1	Aufenthalt in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung Der / die Berechtigte befindet sich in einem Heim oder in einer gleichartigen Einrichtung (z.B. Senioren-, Behinderten-, Pflegeheim, Einrichtung der schulischen oder beruflichen Bildung, Justizvollzugseinrichtung auch im Falle des Maßregelvollzugs) ☐ Nein ☐ geplant ab: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Datum</td></tr><tr><td> </td></tr></table> ☐ Ja Wenn ja, letzter Wohnort vor Eintritt in das Heim / die gleichartige Einrichtung: <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort</td></tr><tr><td> </td></tr></table>	Datum		Straße, Hausnummer, PLZ, Ort			
Datum							
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort							
3.2	Name und Anschrift des Heimes / der gleichartigen Einrichtung <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>Name des Heimes / der gleichartigen Einrichtung</td></tr><tr><td> </td></tr></table> <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>Anschrift des Heimes / der gleichartigen Einrichtung</td></tr><tr><td> </td></tr></table>	Name des Heimes / der gleichartigen Einrichtung		Anschrift des Heimes / der gleichartigen Einrichtung			
Name des Heimes / der gleichartigen Einrichtung							
Anschrift des Heimes / der gleichartigen Einrichtung							
3.3	Kosten des Aufenthaltes Bitte anliegende Bescheinigung über die Höhe der Unterbringungskosten vom Heimträger ausfüllen lassen. Die Kosten werden wie folgt bestritten: <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>☐ Antragsteller / in in Höhe von monatlich</td><td>Euro</td></tr></table> <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>☐ Unterhaltspflichtige Dritte in Höhe von monatlich</td><td>Euro</td></tr></table> <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>☐ Sozialleistungsträger (z.B. Pflegekasse) in Höhe von monatlich</td><td>Euro</td></tr></table> Bitte Kopie des Leistungsbescheides beifügen.	☐ Antragsteller / in in Höhe von monatlich	Euro	☐ Unterhaltspflichtige Dritte in Höhe von monatlich	Euro	☐ Sozialleistungsträger (z.B. Pflegekasse) in Höhe von monatlich	Euro
☐ Antragsteller / in in Höhe von monatlich	Euro						
☐ Unterhaltspflichtige Dritte in Höhe von monatlich	Euro						
☐ Sozialleistungsträger (z.B. Pflegekasse) in Höhe von monatlich	Euro						

4. Ursachen des Gesundheitsschadens

Der Gesundheitsschaden ist ursächlich bedingt: ☐ durch Krankheit ☐ durch einen Unfall ☐ infolge Schädigung durch einen Dritten
--

5. Leistungen nach anderen gesetzlichen Vorschriften

5.1

Art der Leistung

Beziehen Sie eine der folgenden Leistungen oder haben diese beantragt?

☐

Ja

☐

Nein

Wenn ja, kreuzen Sie bitte an, um welche der nachfolgend aufgeführten Leistungen es sich handelt:

☐

Leistungen der Pflegekasse /
privaten Pflegeversicherung:

Pflegegrad

monatl. Höhe in Euro

☐

Blindengeld nach anderem Blindengeldgesetz
(Bitte Kopie des Einstellungsbescheides beifügen.)

monatl. Höhe in Euro

☐

Entschädigungsleistungen nach dem
Sozialgesetzbuch XIV (SGB XIV) oder nach Gesetzen,
die das SGB XIV für anwendbar erklären
z.B. Häftlingshilfegesetz (HHG),
Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG),
ehemals: Opferentschädigungsgesetz (OEG),
Infektionsschutzgesetz (IfSG),
Bundesversorgungsgesetz (BVG)

monatl. Höhe in Euro

☐

Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung
nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII)

monatl. Höhe in Euro

☐

Pflegegeld nach § 64 des Zwölften Buches
Sozialgesetzbuch (SGB XII)

monatl. Höhe in Euro

☐

sonstige Leistungen wegen Ihrer Sehbehinderung /
Blindheit

monatl. Höhe in Euro

☐

Blindenhilfe nach § 72 SGB XII

monatl. Höhe in Euro

5.2	Angaben zur Pflegekasse / Krankenkasse						
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">Name der Pflegekasse / Krankenkasse</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">Anschrift der Pflegekasse / Krankenkasse</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;">Versichertennummer</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> </tr> </table>	Name der Pflegekasse / Krankenkasse		Anschrift der Pflegekasse / Krankenkasse		Versichertennummer	
Name der Pflegekasse / Krankenkasse							
Anschrift der Pflegekasse / Krankenkasse							
Versichertennummer							
Es ist hilfreich, wenn Sie dem Antrag eine Ablichtung des derzeit gültigen Leistungsbescheides beifügen.							

6. Angaben zum Schwerbehindertenfeststellungsverfahren nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

6.1	Feststellungsbescheid / Schwerbehindertenausweis								
	Ich bin im Besitz eines Feststellungsbescheides nach dem SGB IX und / oder eines Schwerbehindertenausweises: ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; background-color: #e0e0e0;">Bescheid vom</td> <td style="background-color: #e0e0e0;">ausstellende Behörde</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%; background-color: #e0e0e0;">Aktenzeichen</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> </table>	Bescheid vom	ausstellende Behörde			Aktenzeichen			
Bescheid vom	ausstellende Behörde								
Aktenzeichen									
6.2	Merkzeichen „Bl“								
	Wurde das Merkzeichen „Bl“ zuerkannt? ☐ Ja ☐ Nein								
6.3	Hochgradige Sehbehinderung								
	Wurde eine hochgradige Sehbehinderung mit einem Grad der Behinderung von 100 zuerkannt? ☐ Ja ☐ Nein								
6.4	Antrag auf Feststellung von Behinderungen								
	Haben Sie einen Antrag auf Feststellung von Behinderungen nach dem Sozialgesetzbuch IX gestellt, über den bislang nicht entschieden wurde? ☐ Ja ☐ Nein <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%; background-color: #e0e0e0;">ausstellende Behörde</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%; background-color: #e0e0e0;">Aktenzeichen</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> </table>	ausstellende Behörde				Aktenzeichen			
ausstellende Behörde									
Aktenzeichen									

7. Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. Änderungen in den Verhältnissen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

bei Vertretung:

☐

als gesetzlicher Vertreter oder gerichtlich bestellter Betreuer
(bitte ggf. Betreuungsausweis in Kopie beifügen)

☐

als Bevollmächtigter (bitte Vollmacht beifügen)

8. Anlagen

Als Anlagen füge ich diesem Antrag bei:

☐

Kopie des Feststellungsbescheides des LAS Sachsen-Anhalt
oder einer anderen Behörde

☐

Vollmacht

☐

Betreuungsnachweis

☐

Erklärung zu Leistungen Dritter, die auf das Blindengeld anrechenbar sind
(z.B. Pflegegeldbescheid)

9. Hinweis

Die ordnungsgemäße Angabe aller erfragten Daten ist hilfreich, um die zügige Bearbeitung des Antrages zu gewährleisten.

Nicht zuletzt ist derjenige, der eine Sozialleistung beantragt, zur Auskunft verpflichtet. Anderenfalls kann die Leistung versagt werden (§§ 60 Abs. 1, 66 Abs. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)).

Die Angaben in diesem Formular benötigen wir, um Ihren Antrag auf Gewährung von Blindengeld nach dem Blinden- und Gehörlosengeld des Landes Sachsen-Anhalt zu bearbeiten.

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, können wir Ihren Antrag aber möglicherweise nicht richtig bearbeiten. Das könnte dazu führen, dass die Gewährung von Blindengeldleistungen nicht in der richtigen Höhe festgestellt wird.

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir in elektronischer Form.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung (Erhebung, Speicherung, Veränderung, Nutzung, Übermittlung, Löschung) sind die Paragraphen 67a - 67c des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGBX) in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X sowie die von Ihnen erteilte Einwilligung zur Datenerhebung und die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.

Zur Bearbeitung Ihres Antrages werden wir andere Personen und Stellen um Übermittlung von Daten bitten, ggf. werden wir Ärzte und sonstigen Stellen, die Sie in diesem Antrag angegeben haben, anschreiben und sie um Übersendung von Unterlagen über Ihre Sehbehinderung bitten.

Wer Sozialleistungen beantragt, hat gemäß § 60 Abs. 1 Nr. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Kommt derjenige, der Sozialleistungen beantragt, seinen gesetzlich vorgeschriebenen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann das LAS nach § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I ohne weitere Ermittlungen die beantragte Gewährung von Blindengeldleistungen ganz oder teilweise versagen, soweit die Voraussetzungen für die Feststellung nicht nachgewiesen sind.

Sie haben folgende Rechte:

- Sie können von uns Auskunft über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns eine kostenlose Kopie dieser Daten verlangen.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu berichtigen, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu vervollständigen, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu löschen, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten einzuschränken. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit widerrufen. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.

Sie können sich beim Landesbeauftragten für den Datenschutz des Landes Sachsen-Anhalt beschweren.

Für dieses Formular ist das Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit (LAS) verantwortlich.

Sie können auf den folgenden Wegen mit dem LAS Kontakt aufnehmen:

- mit der Post: Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit
Magdeburger Straße 38
06112 Halle (Saale)
- per Telefon: (0345) 6815 - 8000
- per E-Mail: poststelle-LAS@sachsen-anhalt.de

Mit dem behördlichen **Datenschutzbeauftragten** des LAS können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

- per Post: Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit
Datenschutzbeauftragter
Magdeburger Straße 38
06112 Halle (Saale)
- per E-Mail: Datenschutz-LAS@sachsen-anhalt.de

Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen.

Zur Beantragung von Landesblindengeld nach dem Gesetz über das Blinden- und Gehörlosengeld im Land Sachsen-Anhalt (LBliGG)

1. Angaben zum gewöhnlichen Aufenthalt

Blindengeld erhalten Blinde, den Blinden gleichgestellte Personen sowie hochgradig Sehbehinderte, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Land Sachsen-Anhalt haben.

Zusätzlich können auch Blinde und Gehörlose aus den anderen Staaten der Europäischen Union, den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz, sowie Hilfskräfte der Europäischen Union anspruchsberechtigt auf Leistungen nach dem LBliGG sein.

2. Gesundheitliche Voraussetzungen zur Gewährung von Landesblindengeld

Neben den Blinden erhalten gem. § 1 Abs. 2 LBliGG auch den Blinden gleichgestellte Personen Blindengeld.

Voraussetzung hierfür ist,

- dass die Sehschärfe auf dem besseren Auge nicht mehr als 1/50 beträgt oder
- dass nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens vorliegen, die der Sehschärfe von 1/50 und weniger auf dem besseren Auge gleich zu achten sind.
- Blindengeld für hochgradige Sehbehinderung erhalten Personen mit einem Sehvermögen von 1/20 und weniger.

Als vorübergehend gilt ein Zeitraum von bis zu 6 Monaten.

Hinweis: Der Nachweis über das Vorliegen von Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung ist durch einen Feststellungsbescheid nach § 152 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) zu erbringen.

3. Anrechnung von gleichartigen Leistungen

Gemäß § 2 Abs. 1 LBliGG sind wegen Blindheit gewährte gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften auf das Landesblindengeld anzurechnen.

Nach § 2 Abs. 2 LBliGG sind Leistungen nach dem SGB XI bei häuslicher Pflege auf das Blindengeld anzurechnen.

Nach § 2 Abs. 3 LBliGG sind Leistungen aus der privaten Pflegeversicherung in gleicher Höhe wie Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung anzurechnen. Dies gilt auch für entsprechende Leistungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften.

4. Antragstellung bei Wohnortwechsel

Sofern Sie bereits Blindengeld von einem anderen Bundesland erhalten/erhielten und Sie aufgrund eines Wohnortwechsels Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in das Land Sachsen-Anhalt verlegt haben, wird um Übersendung einer Kopie des Einstellungsbescheides gebeten.

5. Aufnahme in ein Heim oder eine gleichartige Einrichtung

Gemäß § 3 Abs. 1 LBliGG vermindert sich das Blindengeld nach § 1 Abs. 1 und 2 Satz 1 Nrn. 1 und 2 und Abs. 4 Satz 1 erster Teilsatz auf die Hälfte, solange der Berechtigte sich in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung aufhält, es sei denn, dass die Kosten dieses Aufenthaltes überwiegend von ihm oder einem nach bürgerlichem Recht unterhaltspflichtigen Dritten getragen werden. Satz 1 gilt nicht für stationäre Einrichtungen zur schulischen und beruflichen Ausbildung. Die Kürzung gilt für jeden vollen Kalendermonat. Sie gilt ab dem ersten Tag des Folgemonats, der auf den Eintritt in die Einrichtung folgt.

Nach § 3 Abs. 2 LBliGG vermindert sich das Blindengeld nach § 1 Abs. 1 und 2 Satz 1 Nrn. 1 und 2 und Abs. 4 Satz 1 erster Teilsatz um die Hälfte für die Dauer der Verbüßung einer freiheitsentziehenden Maßnahme aufgrund rechtskräftiger Verurteilung durch ein deutsches Gericht oder für die Zeit einer gerichtlich angeordneten Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung der Jugendhilfe oder einer vergleichbaren Einrichtung.

Die Kürzung gilt für jeden vollen Kalendermonat. Sie gilt ab dem ersten Tag des Folgemonats, der auf den Eintritt in die Einrichtung folgt.

Abs. 3 des § 3 LBliGG besagt, dass für jeden vollen Tag vorübergehender Abwesenheit von der Einrichtung nach Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 die Leistung in Höhe von je einem Dreißigstel des Betrages nach § 1 Abs. 4 Satz 1 erster Teilsatz gewährt wird, wenn die vorübergehende Abwesenheit länger als sechs voll zusammenhängende Tage dauert; der Betrag nach Abs. 1 Satz 1 oder Abs. 2 Satz 1 wird im gleichen Verhältnis gekürzt.

6. Blindenhilfe

Im Gegensatz zum Blindengeld nach dem LBliGG welches unabhängig von Einkommen und Vermögen gewährt wird, ist die Blindenhilfe eine Sozialhilfeleistung, die einkommens- und vermögensabhängig gewährt wird. Nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XII ist Blinden zum Ausgleich der durch die Blindheit bedingten Mehraufwendungen Blindenhilfe zu gewähren, soweit sie keine gleichartigen Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten. Sofern Leistungen nach dem LBliGG bezogen werden, sind diese auf die Blindenhilfe anzurechnen.

Des Weiteren sind gem. § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB XII Leistungen bei häuslicher Pflege nach dem SGB XI mit bis zu 70 v.H. auf die Blindenhilfe anzurechnen.

Einkommens- und vermögensschwache Personen haben die Möglichkeit, zusätzlich zu den Leistungen für Blindheit nach dem LBliGG Blindenhilfe nach § 72 SGB XII beim zuständigen Sozialamt zu beantragen.

Ihr Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit