

Absender

Eingangsstempel

**Antrag auf Gewährung des Blindengeldes nach dem  
Landesblindengeldgesetz M-V (LBIGG M-V)**

Blindengeld wird beantragt für (Berechtigte/r):

Familienname, Vorname(n)

Geburtsdatum

Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

Telefonnummer <sup>1</sup>

Leben Sie in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung?  
(z. B. Alten- oder Pflegeheim)

nein

ja, in welcher:

genaue Anschrift

nur tagsüber (teilstationär)

dauernd (vollstationär)

Die monatlichen Kosten hierfür in Höhe von € werden wie folgt aufgebracht:

von einem öffentlichen Kostenträger (z. B. Pflegekasse, Sozialhilfeträger) in Höhe von monatlich €

Name und Anschrift des Kostenträgers

von Ihnen in Höhe von monatlich €

<sup>1</sup> Freiwillige Angabe(n) für eventuelle Rückfragen. Diese Angabe(n) ist (sind) jederzeit durch Sie für die Zukunft widerrufbar.

von unterhaltspflichtigen Dritten in Höhe von €

**Erhalten Sie zum Ausgleich der durch die Blindheit bedingten Mehraufwendungen Leistungen nach anderen öffentlich-rechtlichen Vorschriften? (Bescheide bitte beifügen.)**

Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 BVG  nein  ja, in Höhe von €

Pflegezulage nach § 269 Abs. 2 LAG  nein  ja, in Höhe von €

Pflegezulage nach § 61, 63 SGB XII  nein  ja, in Höhe von €

**Nähere Angehörige (Ehegatten, Kinder, Betreuer/in) <sup>2</sup>**

| Name, Vorname | Verwandtschafts-<br>verhältnis Betreuer/in | Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Haus-<br>nummer) |
|---------------|--|---|
|               |  |   |
|               |  |   |
|               |  |   |

**Gezahlt werden soll an:**

- Sie als Berechtigte/r
- die/den gesetzliche/n Vertreter/in
- die/den Betreuer/in bzw. Pfleger/in

Familienname, Vorname(n)

Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Soll das Blindengeld nicht auf Ihr Konto überwiesen werden, ist eine Einverständniserklärung beizufügen.

**Sind Sie im Besitz eines Feststellungsbescheides des Versorgungsamtes?**  ja  nein

a) Wenn ja, wurde das Merkzeichen „Bl“ im Schwerbehindertenausweis zuerkannt? (Bitte fügen Sie eine Kopie des Feststellungsbescheides bei.)  ja  nein

<sup>2</sup> Freiwillige Angabe(n) für eventuelle Rückfragen. Diese Angabe(n) ist (sind) jederzeit durch Sie für die Zukunft widerrufbar.

b) Wenn nein, wurde ein Schwerbehindertenausweis beantragt?  ja  nein  
Wenn ja, bei wem und wann?

Zum Nachweis der Erblindung werden beigefügt:

Feststellungsbescheid

Schwerbehindertenausweis

Haben Sie bereits zuvor Landesblindengeld erhalten?  ja, von wem?  nein

Angaben zu Leistungen nach dem Pflegegesetz (Anschrift der Pflegekasse)

Haben Sie bei Ihrer Pflegekasse bereits einen Antrag auf Leistungen für häusliche Pflege gestellt?  ja  nein

Wenn ja, haben Sie von Ihrer Pflegekasse einen Bescheid über die Gewährung von Leistungen erhalten? <sup>3</sup>  ja  nein

Beabsichtigen Sie bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen für häusliche Pflege zu stellen? <sup>3</sup> (auch Höherstufung des Pflegegrades)  ja  nein

Erhielten Sie vor dem 1. April 1995 auf Grund einer Schwerpflegebedürftigkeit von Ihrer Krankenkasse eine Geldleistung in Höhe von 400,00 DM? <sup>3</sup>  ja  nein

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Mir ist bekannt, dass ich wegen falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erlangte Beträge zurückzahlen muss.

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich jede Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung des Landesblindengeldes maßgebend ist, insbesondere Wechsel des Aufenthaltsortes, Empfang oder Änderung in der Höhe von Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften oder Aufnahme in eine teilstationäre bzw. stationäre Einrichtung, unverzüglich dem zuständigen Landkreis bzw. kreisfreien Stadt anzuzeigen habe.

Das Merkblatt zum Antrag und die Hinweise zum Datenschutz, habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Anlagen

Ort, Datum

Unterschrift

<sup>3</sup> Bei ja, bitte Kopien beifügen.