

Antrag auf Bewilligung von



- Blindengeld nach dem Hessischen Landesblindengeldgesetz**
- Blindenhilfe im Rahmen der Kriegsopferfürsorge**

Landeswohlfahrtsverband Hessen
 Dezernat Leistungen SGB und KOF
 Fachbereich 204
 Hauptfürsorgestelle
 Kölnische Straße 30
 34117 Kassel

Antragseingang

1. Angaben zur nachfragenden Person

1.1	Name	Geburtsdatum
1.2	Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
1.3	Ggf. Geburtsname	Tel.-Nr.
1.4	Familienstand (ledig / verheiratet / getr. lebend / geschieden / verwitwet) seit	
1.5	Straße, Hausnummer	
1.6	PLZ	Wohnort - ggf. letzter Wohnort vor der Aufnahme in der Einrichtung
1.7	Staatsangehörigkeit (bei ausländischer Staatsbürgerschaft ist <u>unbedingt</u> eine Kopie des Aufenthaltstitels beizufügen)	

2. Bankverbindung der nachfragenden Person

(Ist die nachfragende Person nicht Zahlungsempfänger, ist Anlage 1 vollständig auszufüllen und beizufügen!)

2.1	Name/Bezeichnung des Kreditinstitutes (Bank/Sparkasse/Postbank)	
2.2	Bankleitzahl	Kontonummer

3. Bescheidempfänger/Bescheidempfängerin bzw. Erziehungsberechtigte/Erziehungsberechtigter

(Nur ausfüllen, wenn der Bescheid nicht der nachfragenden Person zugestellt werden soll!)

3.1	Vor- und Zuname des Bescheidempfängers/der Bescheidempfängerin	
3.2	Straße, Hausnummer	
3.3	PLZ	Wohnort Tel.-Nr. (tagsüber)

4. Weitere persönliche Angaben

4.1	Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt oder beantragt? NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> vom Amt für Versorgung und Soziales _____ AZ _____ (bitte Kopie des Feststellungsbescheides beifügen) beantragt <input type="checkbox"/> am _____ vom Amt für Versorgung und Soziales _____
4.2	Besteht ein gerichtliches Betreuungsverhältnis bzw. eine Vormundschaft? NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Name / Anschrift _____ _____ (Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen - aus den Unterlagen muss der Aufgabenkreis hervorgehen!) beantragt <input type="checkbox"/> am _____ bei Amtsgericht _____
4.3	Erfolgt zur Zeit eine Betreuung in einer Einrichtung? NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> vollstationär in einem Pflege- bzw. Seniorenwohnheim JA <input type="checkbox"/> internatsmäßig in einer Blinden-/Sehbehindertenschule JA <input type="checkbox"/> internatsmäßig im Rahmen einer Berufs-/Umschulungsmaßnahme geplant <input type="checkbox"/> ab _____ Name, Anschrift der Einrichtung _____ Name, Anschrift der Kostenträgers _____
4.4	Aufenthalt der letzten zwei Monate vor der Aufnahme in die Einrichtung _____ von _____ bis _____ Straße, PLZ, Wohnort
4.5	Wurde bereits Blindengeld/Blindenhilfe in einem anderen Bundesland bezogen? NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> von _____ bis _____ (Kopie des Einstellungsbescheides bitte beifügen!)
4.6	Die Sehbehinderung ist ganz oder teilweise Folge (Bitte mindestens eine Folge ankreuzen!) <input type="checkbox"/> eines Unfalls <input type="checkbox"/> einer Kriegsverletzung <input type="checkbox"/> einer Berufserkrankung <input type="checkbox"/> einer sonstigen Erkrankung (z.B. angeboren oder altersbedingt)

5. Kontaktperson für evtl. Rückfragen (freiwillige Angabe)

5.1	Vor- und Zuname		
5.2	Straße, Hausnummer		
5.3	PLZ	Wohnort	Tel.-Nr. (tagsüber)

Name, Vorname	Geschäftszeichen
---------------	------------------

7. Erklärung der nachfragenden Person (oder gesetzlicher Vertreter/Betreuer/bevollmächtigte Person)

Ich versichere, dass die Angaben im Antrag vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind - insbesondere Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel - unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Behörde mitzuteilen.

Mir ist bekannt, dass die „Augenfachärztliche Bescheinigung“ Bestandteil dieses Antrages ist. Die „Augenfachärztliche Bescheinigung“ ist diesem Antrag beigelegt bzw. wird umgehend nachgereicht.

Im Rahmen meiner mir nach allgemeinem Verwaltungsverfahrenrecht (§§ 60 ff. SGB I) obliegenden Mitwirkung bei der Sachverhaltsermittlung erkläre ich mich bereit, Befunde von Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Anforderung der Blindengeld bewilligenden Behörde vorzulegen, sofern diese Befunde für die Entscheidung über die Blindengeldbewilligung wichtig sind.

Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.

8. Einverständniserklärung zum Datenaustausch:

Falls die erhobenen ärztlichen Befunde die Blindengeld bewilligende Behörde nicht zu überzeugen vermögen, dass die medizinischen Voraussetzungen für die Bewilligung von Landesblindengeld/Blindenhilfe erfüllt sind, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorgenannten ärztlichen Unterlagen dem beratenden Facharzt des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen oder einer Augenklinik zur weiteren Begutachtung vorgelegt werden. Diese Erklärung ist freiwillig und kann gestrichen werden, dies hat jedoch zur Folge, dass der Antrag abgelehnt werden müsste.

9. Datenaustausch mit dem Amt für Versorgung und Soziales (Versorgungsamt) :

Ich bin damit einverstanden, dass der LWV Hessen von mir eingereichte medizinische Unterlagen an das zuständige Amt für Versorgung und Soziales weitergeben kann, weil die eingetretene Veränderung meines Sehvermögens auch Auswirkung auf die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaften haben kann.

10. Datenaustausch auf elektronischem Wege

Der Datenaustausch kann auf elektronischem Wege erfolgen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Unterlagen mit verschlüsselter E-Mail übermittelt werden. Sollte eine Vorlage an einen beratenden Facharzt oder eine Augenklinik erfolgen, werde ich entsprechend unterrichtet.

11. Benachrichtigung über gespeicherte Daten (§ 18 Abs. 1 Hess. Datenschutzgesetz (HDSG))

Für die Bewilligung von Landesblindengeld/Blindenhilfe nach dem Hessischen Landesblindengeldgesetz (HLBiGG) /Bundesversorgungsgesetz (BVG) werden die Personalien der nachfragenden Person, bei Minderjährigen zusätzlich die Personalien der Eltern, bei Betreuungsverhältnissen die Personalien des Betreuers, die Bankverbindung, Beginn und Ende der Leistung sowie Höhe und Zahlungszeitpunkt der Leistung für die automatisierte Datenverarbeitung auf der Rechtsgrundlage von § 11 Abs. 1 Hess. Datenschutzgesetz gespeichert.

12. Verweigerung der Einwilligung der Punkte 8 + 9 + 10

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die Einwilligung zu den Punkten 8 + 9 + 10 verweigern (in diesem Fall bitte den/die entsprechenden Punkt/e streichen) und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Eine Versagung der Leistung (außer Punkt 8) aufgrund der Verweigerung oder des Widerrufs ist damit nicht verbunden. Eine Verzögerung in der Bearbeitung ist in diesen Fällen jedoch nicht auszuschließen.

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person - auch handgeführt -, gesetzlicher Vertreter/Betreuer bzw. bevollmächtigte Person (Vollmacht bitte beifügen!)