

Antrag auf Gewährung von Blindengeld nach dem Thüringer Blindengeldgesetz (ThürBlGG)

Angaben zur Person

1. Name, Vorname

Geburtsdatum

2. Familienstand

ledig

verheiratet

getrennt lebend

verwitwet

geschieden

Lebenspartnerschaft

3. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt

in Thüringen

außerhalb Thüringens

Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Kreis)

Telefonische Erreichbarkeit (tagsüber)

4. Staatsangehörigkeit

5. Vertreter

Ehepartner

gesetzl. Vertreter

Bevollmächtigter

Betreuer

Verwandter in gerader Linie

Name, Vorname

Telefonische Erreichbarkeit

Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

6. Angaben über Ursache der Behinderung

Die Erblindung / Sehbehinderung ist zurückzuführen auf

angeborene Behinderung

Kriegs-, Wehrdienst oder Zivildienstbeschädigung

Arbeitsunfall

Berufskrankheit

sonstigen Unfall

sonstige Erkrankung (z. B. altersbedingt)

7. Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften wegen Erblindung bzw. Sehbehinderung

- Kriegsbeschädigter Nein Ja
- Kriegshinterbliebener Nein Ja
- Unfallgeschädigter Nein Ja, bitte Bescheidkopie beifügen
- ausländ. Rechtsvorschriften Nein Ja, bitte Bescheidkopie beifügen
- Sonstiger Nein Ja, bitte Bescheidkopie beifügen

8. Angaben über Bezug / Beantragung von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz

8.1 Wurde eine Leistung beantragt?

- Ja. Nein.

8.2 Erhalten Sie Leistungen nach dem aufgeführten Gesetz?

- Ja. Nein.

Pflegestufe (Bitte Kopie des Bescheides beifügen)

9. Angaben über Feststellungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen -

Wurde bereits eine Feststellung über die Erblindung bzw. Sehbehinderung nach dem SGB IX getroffen oder läuft ein entsprechendes Verfahren (z. B. beim Versorgungsamt, Sozialhilfeträger)?

Ja.

bei Behörde	Aktenzeichen
-------------	---------------------

Nein.

10. Angaben über ärztliche Befunde

Ärztliche Behandlung wegen des **Augenleidens** (während der letzten 12 Monate)

von - bis	Name des behandelnden Arztes / Krankenhaus	Anschrift

11. Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen befinden sich weitere die Blindheit betreffende Unterlagen?

Name und Anschrift der Behörde / Stelle	Aktenzeichen / Geschäftszeichen

12. Angaben über Aufenthalt in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung

Liegt eine Unterbringung oder ein Aufenthalt in einem Heim, einer Anstalt oder einer gleichartigen Einrichtung (z.B. Alters-/Pflegeheim, Blindenschule, Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung) vor?

Nein.

Ja, seit

Einrichtung	Telefon
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Wer trägt die Kosten?	
Letzter Wohnsitz vor Heimeintritt (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Bundesland)	

13. Erklärung des Antragstellers

13.1 Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung der Behinderung, des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes, den Entzug der Aufenthaltserlaubnis bzw. -berechtigung und den Bezug einer gleichartigen Leistung werde ich der Stadtverwaltung Erfurt, Amt für Soziales und Gesundheit, 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.

13.2 Zusätzlich zur schriftlichen Entscheidung durch das Amt für Soziales und Gesundheit bei der Stadtverwaltung Erfurt erbitte ich eine Audio-Datei als CD

Ja.

Nein.

13.3 Folgende Unterlagen sind beigelegt:

Betreuungsnachweise

Vollmacht

vorhandene Erblindungsnachweise

(z.B. Bescheid, ärztliche Unterlagen)

Unterschrift des Antragstellers
bzw. des Vertreters gem. Punkt 5

Ort, Datum

Bitte die nachfolgende Einwilligungserklärung unbedingt unterschreiben

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Amt für Soziales und Gesundheit bei der Stadtverwaltung Erfurt die für die Verwaltungsverfahren erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag bzw. im weiteren Verfahren von mir benannten Ärzten und Krankenanstalten sowie bei Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind), insbesondere Entlassungsberichte/Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden Sehbehinderungen geben können.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein sich eventuell anschließendes Rechtsbehelfsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Verwaltungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Mit der Einholung von Auskünften und Unterlagen bei folgenden Stellen (z.B. Ärzten, Krankenanstalten) bin ich nicht einverstanden,

Unterschrift des Antragstellers
bzw. des Vertreters gem. Punkt 5

Ort, Datum

Hinweise zum Datenschutz

Der Antragsteller ist gem. § 60 Sozialgesetzbuch I (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet. Er hat die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben mitzuteilen und seine Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zu geben. Die Entscheidung kann nach § 66 SGB I versagt werden, wenn der Antragsteller seiner Mitwirkungspflicht nicht nachkommt. Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegt.

Antrag auf unbare Zahlung des Blindengeldes

1. Überweisung auf ein eigenes Konto

Ich bitte, die mir zustehende laufende Leistung künftig auf mein nachstehend bezeichnetes Konto zu überweisen:

Geldinstitut

Bankleitzahl

Konto-Nr.

Erklärung

Ich verpflichte mich, dem Amt für Soziales und Gesundheit der Stadtverwaltung Erfurt jede Änderung der Verhältnisse, welche die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, unverzüglich mitzuteilen und überzahlte Beträge dem Amt für Soziales und Gesundheit der Stadtverwaltung Erfurt zurückzuzahlen.

Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber meinen Erben überzahlte Beträge dem Amt für Soziales und Gesundheit der Stadtverwaltung Erfurt zurückzuzahlen.

Unterschrift des Antragstellers

Ort, Datum

2. Überweisung auf ein Fremdkonto

Ich bitte, die mir zustehende laufende Leistung künftig auf das nachstehend bezeichnete Fremdkonto (z.B. eines Familienangehörigen oder eines Betreuers) zu überweisen:

Name, Vorname des Kontoinhabers

Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) des Kontoinhabers

Geldinstitut

Bankleitzahl

Konto-Nr.

Unterschrift des Antragstellers

Ort, Datum

Erklärung des Fremdkontoinhabers

Der Unterzeichnende verpflichtet sich hierdurch, Tatsachen, die einer Weiterzahlung des Blindengeldes an den Blindengeldempfänger _____, geb. am _____ entgegenstehen (z.B. Ableben, Aufenthaltswechsel) unverzüglich dem Amt für Soziales und Gesundheit der Stadtverwaltung Erfurt mitzuteilen.

Ich verpflichte mich, überzahlte Beträge dem Amt für Soziales und Gesundheit der Stadtverwaltung Erfurt zurückzuzahlen. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber meinen Erben überzahlte Beträge dem Amt für Soziales und Gesundheit der Stadtverwaltung Erfurt zurückzuzahlen.

Unterschrift des Fremdkontoinhabers

Ort, Datum