

Antrag auf Gewährung von Sinnesbehindertengeld nach dem Thüringer Sinnesbehindertengeldgesetz (ThürSinnbGG) für

- blinde Menschen
- gehörlose Menschen
- taubblinde Menschen

Dieser Antrag soll gleichzeitig als Antrag nach dem Schwerbehinder-
tenrecht gemäß §152 Abs.1 SGB IX gelten.

1. Angaben zur Person

Name, Vorname

Geburtsort

Geburtsdatum

2. Familienstand

ledig

verheiratet

verwitwet

geschieden

3. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt

in Thüringen

außerhalb Thüringens

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

Telefonische Erreichbarkeit (tagsüber)

4. Staatsangehörigkeit

5. Aufenthaltsstatus bei Ausländern

6. Vertreter (Bitte Nachweis z. B. Vollmacht beifügen!)

- Ehepartner gesetzlicher Vertreter Bevollmächtigter
 Betreuer Verwandter in gerader Linie

Name, Vorname

Telefonische Erreichbarkeit

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

7. Angaben über Ursache der Sehbehinderung

Die Erblindung / Sehbehinderung ist zurückzuführen auf

- angeborene Behinderung Kriegs-, Wehrdienst oder Zivildienstbeschädigung
 Arbeitsunfall Berufskrankheit
 sonstigen Unfall sonstige Erkrankung (z. B. altersbedingt)

8. Angaben über Ursache der Hörbehinderung

Die Hörbehinderung/Taubheit ist zurückzuführen auf

- angeborene Behinderung Arbeitsunfall
 sonstigen Unfall Kriegs-, Wehrdienst oder Zivildienstbeschädigung
 Berufskrankheit sonstige Erkrankung (z. B. altersbedingt)

9. Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften wegen Seh- bzw. Hörbehinderung

- | | | |
|---|-----------------------------|---|
| Bundesversorgungsgesetz | <input type="radio"/> Nein. | <input type="radio"/> Ja. Bitte Bescheidkopie beifügen. |
| Opferentschädigungsgesetz | <input type="radio"/> Nein. | <input type="radio"/> Ja. Bitte Bescheidkopie beifügen. |
| Infektionsschutzgesetz | <input type="radio"/> Nein. | <input type="radio"/> Ja. Bitte Bescheidkopie beifügen. |
| Zivildienstgesetz | <input type="radio"/> Nein. | <input type="radio"/> Ja. Bitte Bescheidkopie beifügen. |
| Häftlingshilfegesetz | <input type="radio"/> Nein. | <input type="radio"/> Ja. Bitte Bescheidkopie beifügen. |
| Straf-/Verwaltungsrechtliches Rehabilitationsgesetz | <input type="radio"/> Nein. | <input type="radio"/> Ja. Bitte Bescheidkopie beifügen. |
| Leistungen durch einen Unfallversicherungsträger | <input type="radio"/> Nein. | <input type="radio"/> Ja. Bitte Bescheidkopie beifügen. |
| Ausländische Gesetze | <input type="radio"/> Nein. | <input type="radio"/> Ja. Bitte Nachweis beifügen. |
| Sonstige | <input type="radio"/> Nein. | <input type="radio"/> Ja. Bitte Bescheidkopie beifügen. |

10. Angaben über Bezug /Beantragung von Leistungen nach der Pflegeversicherung nach SGB XI, eines privaten Versicherungsunternehmens, Beihilferecht

10.1 Wurde eine Leistung beantragt?

Ja. Nein.

10.2 Erhalten Sie Leistungen nach den aufgeführten Gesetzen?

Ja. Nein.

Pflegegrad (Bitte Kopie des Bescheides beifügen)

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

Wurde bereits eine Feststellung über die Seh- bzw. Hörbehinderung nach dem SGB IX getroffen oder läuft ein entsprechendes Verfahren?

Die Feststellung wurde beantragt am .

Die Feststellung wurde nicht getroffen.

Die Feststellung wurde bereits getroffen.

Läuft das Verfahren noch?

Ja. Nein.

Merkzeichen BL vorhanden?

Ja. Nein.

Merkzeichen GL vorhanden?

Ja. Nein.

Bitte den Bescheid nach § 152 Abs.1 SGB IX unbedingt beifügen!

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

12.1 Liegt eine Unterbringung oder ein Aufenthalt in einem Heim, einer Anstalt oder einer gleichartigen Einrichtung (z.B. Pflegeheim, Blindenschule, Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Verbüßung Freiheitsstrafe, Sicherungsverwahrung, Unterbringung aufgrund strafrechtlichen Urteils in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Erziehungsanstalt oder einer sozialtherapeutischen Anstalt) vor?

Nein.

Ja, seit

Einrichtung

Telefon

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) der Einrichtung

Wer trägt die Kosten?

Letzter Wohnsitz vor Heimeintritt (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Bundesland)

12.2 Haben Sie eine Unterbringung (siehe Punkt 11.1) geplant?

Nein.

Ja, ab

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, 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 Sinnesbehindertengeld zurückerstattet werden muss.

13.2 Folgende Unterlagen sind beigelegt:

- Betreuungsnachweise
- Vollmacht
- Feststellungsbescheid nach § 152 Abs.1 SGB IX über Schwerbehinderung
- Bescheid über Pflegebedürftigkeit

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 der Stadtverwaltung Erfurt die für die Verwaltungsverfahren erforderlichen Auskünfte einholt. Dies betrifft insbesondere Auskünfte über die Feststellung nach § 152 Abs. 1 SGB IX über Schwerbehinderung. In dem Umfang der erforderlichen Auskunftserteilung erteile ich meine datenschutzrechtliche Einwilligung zur eventuell notwendigen Offenbarung von personenbezogenen Daten wie es lediglich um die Tatsache geht, dass ich Leistungen nach dem Thüringer Sinnesbehindertengeldgesetz beantragt habe oder bereits erhalte/erhalten habe.

Ich erkläre mich mit der Einholung von Auskünften **nicht** einverstanden.

Unterschrift des Antragstellers
bzw. des Vertreters gem. Punkt 5

Ort, Datum

Hinweise zum Datenschutz

Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Gewährung auf Sinnesbehindertengeld nach dem ThürSinnbGG entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Ihre Unterschrift oder die des gesetzlichen Vertreters zu bestätigen. Die Datenerhebung erfolgt nach § 67 a SGB X. Die weitere Datenerhebung erfolgt nach § 67 b SGB X. Ihre Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB I.

Die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und das neue Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) gelten ab dem 25.05.2018. Im Rahmen der Antragstellung müssen personenbezogene Daten nach den gesetzlichen Vorgaben erfasst, gespeichert und verarbeitet werden. Ebenso gesetzlich geregelt ist die Löschung von Daten. Die rechtlichen Grundlagen finden Sie insbesondere in den Sozialgesetzbüchern, z. B. im Sozialgesetzbuch (SGB I), Zehntes Buch (SGB X), Thüringer Sinnesbehindertengeldgesetz. Ohne die erforderlichen Angaben können Anträge nicht bearbeitet werden.

Bitte informieren Sie sich unter www.erfurt.de/ef137004.

Antrag auf unbare Zahlung des Sinnesbehindertengeldes

1 Überweisung auf ein eigenes Konto

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

Geldinstitut

BIC

IBAN

Erklärung

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

Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber meinen Erben überzahlte Beträge dem Amt für Soziales 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

BIC

IBAN

Unterschrift des Antragstellers

Ort, Datum

Erklärung des Fremdkontoinhabers

Der Unterzeichnende verpflichtet sich hierdurch, Tatsachen, die einer Weiterzahlung des Sinnesbehindertengeldes an den Empfänger der Leistung

Name, Vorname

Geburtsdatum

entgegenstehen (z. B. Ableben, Aufenthaltswechsel) unverzüglich dem Amt für Soziales der Stadtverwaltung Erfurt mitzuteilen.

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

Unterschrift des Fremdkontoinhabers

Ort, Datum