

2. Bankverbindung der Kontoinhaberin/ des Kontoinhabers:

| | |
|------------------|--|
| 2.1 Name | |
| 2.2 Vorname | |
| 2.3 Geldinstitut | |
| 2.4 Bankleitzahl | |
| 2.5 Kontonummer | |
| 2.6 IBAN | |
| 2.7 BIC | |

3. Ich befinde mich in einer stationären Einrichtung

(z.B. Alten- und Pflegeheim, Blindenheim, Krankenhaus, Schülerinternat usw.):

 Ja Nein

| | | | |
|--|-------------------|-----|------------|
| 3.1 Name und | _____ | | |
| Anschrift der Einrichtung | _____ | | |
| | Straße / Postfach | PLZ | Ort |
| 3.2 Letzter gewöhnlicher Aufenthalt vor Aufnahme in die Einrichtung: | _____ | | |
| | Straße/Postfach | PLZ | Ort |
| | | | Bundesland |

4. Meine Erblindung ist verursacht durch:

| | | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Krankheit | <input type="checkbox"/> | einen Dritten (z.B. Gewalttat) | <input type="checkbox"/> | Unfall |
| <input type="checkbox"/> | blind seit Geburt | <input type="checkbox"/> | Kriegs-, Wehrdienst oder Impfschaden | | |

5. Ich bin im Besitz eines Feststellungsbescheides des Nds. Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie/Landessozialamt (früher Versorgungsamt) nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (Schwerbehindertenrecht) oder im Besitz eines Schwerbehindertenausweises:
 Ja Nein

| |
|--|
| 5.1 Wurde das Merkzeichen „Bl“ (Blind) zuerkannt? |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn „Nein“, bitte zur Textziffer 5.2 , sonst zur Textziffer 6 weitergehen. |
| 5.2 Haben Sie beim Nds. Landesamt einen Antrag auf Feststellung nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (Schwerbehindertenrecht) und/ oder auf Zuerkennung des Merkzeichens „Bl“ gestellt, über den bislang noch nicht entschieden wurde? |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 5.3 Bei welchem Standort des Nds. Landesamtes haben Sie Ihren Antrag gestellt? : |
| Standort des Nds. Landesamtes: _____ |
| Antragsdatum: _____ Aktenzeichen: _____ |

6. Haben Sie bereits früher einmal Landesblindengeld bezogen?
 Ja Nein

| | | | |
|---|-----------------|-----|-----|
| 6.1 Wenn ja, von welchem Leistungsträger? | | | |
| | | | |
| Name | Straße/Postfach | PLZ | Ort |
| Aktenzeichen: _____ | | | |

7. Freiheitsentzug:

| |
|---|
| <p>Verbüßen Sie eine Freiheitsstrafe, befinden Sie sich in Sicherheitsverwahrung oder liegt eine Unterbringung aufgrund eines strafgerichtlichen Urteils in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder einer sozialtherapeutischen Anstalt vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> |
|---|

8. Als Anlagen füge ich diesem Antrag bei:

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Feststellungsbescheid des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie nach dem Sozialgesetzbuch -Neuntes Buch-/ Schwerbehindertenrecht |
| <input type="checkbox"/> | Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen „Bl“ |
| <input type="checkbox"/> | Bescheinigung der Meldebehörde zum berechtigten Aufenthalt (s. TZ. 1.9) |
| <input type="checkbox"/> | Vollmacht |
| <input type="checkbox"/> | Betreuungsnachweis |
| <input type="checkbox"/> | Erklärung zu Leistungen Dritter, die auf das Landesblindengeld anrechenbar sind |
| <input type="checkbox"/> | _____ |

9. Erklärung:**9.1 Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz**

Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist die das Landesblindengeld gewährende Behörde auf Ihre Mitwirkung angewiesen.

Für das Verwaltungsverfahren gilt nach § 9 des Gesetzes über das Landesblindengeld für Zivilblinde (BlindGeldG ND) das Sozialgesetzbuch (Erstes und Zehntes Buch) entsprechend, soweit das Landesblindengeldgesetz nichts anderes regelt.

Die **Mitwirkungspflicht** der oder des Leistungsberechtigten ist in den §§ 60 bis 67 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I) gesetzlich geregelt.

Wer Sozialleistungen beantragt, hat u. a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem hat er auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z.B. gesetzliche und private Pflegeversicherung, Landesamt für Soziales, Jugend und Familie usw.) zuzustimmen. Ist die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, weil Sie nicht mitwirken, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u.a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.

Die Rechtsgrundlagen der **Datenerhebung** finden sich im Landesblindengeldgesetz i.V.m. 67a Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X).

Nach § 1 Absatz 7 Landesblindengeldgesetz ist die Blindheit oder die Sehstörung nach Absatz 6 durch einen Feststellungsbescheid nach § 69 Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) nachzuweisen.

Nach § 8 des BlindGeldG ND ist der Empfänger von Blindengeld verpflichtet, Änderungen der Tatsachen, die für die Gewährung des Landesblindengeldes maßgebend sind, unverzüglich anzuzeigen.

9.2 Ich bin damit einverstanden, dass das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie / Landessozialamt bzw. seine Außenstellen die Erst- bzw. Folgeentscheidungen zum Merkzeichen „Bl“ gegenüber der für das Landesblindengeld zuständigen Behörde auf deren Anforderung hin übermittelt.

 Ja Nein

Hinweis für den Fall, dass „nein“ angekreuzt wurde:

| | |
|---|--|
| <p>Mir ist bekannt, dass Leistungen erst nach Vorlage des Feststellungsbescheides mit der Zuerkennung des Merkzeichens „Bl“ sowie des Schwerbehindertenausweises erfolgen können und bei befristeter Zuerkennung vom Antragssteller die Folgeentscheidungen vorzulegen sind. Andernfalls kann kein Landesblindengeld gewährt werden bzw. ist die Zahlung mit Ablauf der befristeten Zuerkennung einzustellen.</p> | |
| <p>9.3 Ich bin damit einverstanden, dass die in der Anlage 1 von mir genannten gesetzlichen und privaten Leistungsträger gegenüber der das Landesblindengeld gewährenden Behörde und dem Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie direkt Auskunft über den Stand der Antragsbearbeitung sowie den Beginn der Leistung und die Leistungshöhe geben. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hinweis für den Fall, dass ‚nein‘ angekreuzt wurde: Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, auf Anforderung der das Landesblindengeld gewährenden Behörde eine schriftliche Auskunft der in der Anlage 1 genannten Leistungsträger über den Stand der Antragsbearbeitung sowie den Beginn der Leistung und die Leistungshöhe vorzulegen. Mir ist bekannt, dass die Zahlung des Landesblindengeldes bei Nichtvorlage innerhalb von drei Monaten eingestellt wird.</p> | |
| <p>9.4 Ich bestätige ausdrücklich, dass ich davon unterrichtet bin, jede Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung des Landesblindengeldes maßgebend sind, (z.B.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - den Wegfall des Merkzeichens „Bl“ oder die Erklärung der Rechtswidrigkeit der Zuerkennung durch das Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie bei fehlender Rücknahmemöglichkeit, - die Besserung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen (z.B. Wegfall der Blindheit durch Operation), - den Wechsel des Aufenthaltsortes (auch vorübergehender Art wegen Schul- oder Berufsausbildung, Krankenhausaufenthalt, Umzug in eine stationäre Einrichtung), - jede Änderung hinsichtlich der in der Anlage 1 genannten Leistungen (Zugang, Erhöhung, Minderung, Wegfall), <p>unverzüglich der das Landesblindengeld gewährenden Behörde mitteilen zu müssen (§ 60 Sozialgesetzbuch -Erstes Buch -SGB I-).</p> | |
| <p>9.5 Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.</p> | |
| <p>9.6 Ich bestätige, das Hinweisblatt zur Anzeigeverpflichtung (Anlage) erhalten, inhaltlich zur Kenntnis genommen und zu meinen Unterlagen genommen zu haben.</p> | |
| <p>9.7 Das Hinweisblatt über die Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff Datenschutz- Grundverordnung (Anlage) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.</p> | |

| | | |
|---|--|--------------|
| <p>.....</p> | | |
| Ort | Datum | Unterschrift |
| <p>Zur Unterschrift kreuzen Sie bitte das Zutreffende an.</p> | | |
| <p><input type="checkbox"/> Antragsteller/in</p> | <p><input type="checkbox"/> Gesetzliche/r Vertreter/in</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Betreuer/in</p> | <p><input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r</p> | |

Anlage 1 zum Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld (BlindGeldG ND)

Erklärung zu Leistungen Dritter, die auf das Landesblindengeld für Zivilblinde anrechenbar sind.

| | | |
|------|---------|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|------|---------|--------------|

| | | | |
|--|-----|-----|--------------|
| Zuständige gesetzliche oder private Pflegekasse: | | | |
| Straße | PLZ | Ort | Aktenzeichen |

1. Angaben zu Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch –Elftes Buch- (SGB XI), Soziale Pflegeversicherung/nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)/nach den Beihilfevorschriften (BhV)

1.1. Ich erhalte

- keine Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung, nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach den Beihilfevorschriften.

1.2. Ich erhalte

- Leistungen
- aus der gesetzlichen Pflegeversicherung
 - aus der privaten Pflegeversicherung
 - nach § 26 c Bundesversorgungsgesetz
 - nach Beihilfevorschriften
 -

seit dem _____ nach Pflege- grad 1 Pflege- grad 2 Pflege- grad 3-5

Bitte ggf. den Bewilligungsbescheid beifügen!

1.2.1. Am _____ habe ich folgende der unter 1.2 aufgeführten Leistungen beantragt:
(In jedem Fall auszufüllen!)

Leistungsträger: (Name, Bezeichnung Leistungsträger):

Straße, Postleitzahl, Ort:

Aktenzeichen:

- Es liegt mir noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.
 Der Antrag wurde abgelehnt. Der Bescheid ist beigefügt.

1.3. Ein erneuter Antrag auf eine der o. a. Leistungen habe ich bisher noch nicht gestellt. Eine zukünftige Antragstellung werde ich unverzüglich anzeigen

| | |
|---|----------------------------------|
| <p>2. Ich erhalte laufend nachstehend aufgeführte Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften: (Auch wenn Ansprüche ruhen oder aus anderen Gründen, z.B. wegen zu hohen Einkommens nicht verwirklicht werden können, bedarf es einer Mitteilung)</p> | |
| <p>2.1. Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder den Gesetzen, die das BVG für anwendbar erklären (z.B. Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Häftlingshilfegesetz, Opferentschädigungsgesetz, Infektionsschutzgesetz)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> ohne Pflegezulage <input type="checkbox"/> mit Pflegezulage (§ 35 BVG) nach Stufe</p> | |
| <p>2.2. Pflegegeld vom Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. Berufsgenossenschaft, Gemeindeunfallversicherungsverband)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> | |
| <p>2.3. Unterhaltshilfe nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ohne Pflegezulage <input type="checkbox"/> mit Pflegezulage</p> | |
| <p>2.4. Leistungen einer Haftpflichtversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> | |
| <p>2.5. Beihilfe nach den Beihilfavorschriften (BhV)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> | |
| <p>2.6. Sonstige Leistungen/Ansprüche (z.B. Schadensersatzansprüche aus unerlaubter Handlung nach §823 BGB)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> | |
| <p>3. Haben Sie eine der unter Tz. 2.1 bis 2.6 aufgeführten Leistungen beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar zu Nr. _____ Falls ja, bitte Anschrift und Aktenzeichen der Stelle mitteilen, bei der der Antrag gestellt wurde. Name/Bezeichnung: _____ Straße, PLZ, Ort: _____ Aktenzeichen: _____</p> | |
| <p>4. Erklärung:</p> <p>4.1. Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.</p> | |
| <p>_____</p> <p>Ort / Datum</p> | <p>_____</p> <p>Unterschrift</p> |
| <p>Zur Unterschrift kreuzen Sie bitte das Zutreffende an.</p> <p><input type="checkbox"/> Antragsteller/in <input type="checkbox"/> Gesetzliche/r Vertreter/in <input type="checkbox"/> Betreuer/in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r</p> | |