

**Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
LWL-Inklusionsamt Soziale Teilhabe  
Sachbereich 260  
48133 Münster**

**Aktenzeichen des LWL (soweit bekannt):**

\_\_\_\_\_

**Art der beantragten Leistung  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

- Blindengeld**
- Hilfe für hochgradig Sehbehinderte**

**Antrag auf Gewährung von Leistungen  
nach dem Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose (GHBG)**

**1. Berechtigte/r (für den die Leistung beantragt wird)**

1.1	Name (gegebenenfalls Geburtsname), Vorname	
1.2	Straße, Hausnummer	
1.3	PLZ, Wohnort	
1.4	bei gegebenenfalls abweichendem gewöhnlichen Aufenthalt weitere Anschrift	
1.5	Telefon	Telefax
1.6	Geburtsdatum	
1.7	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
1.8	<p><b>Staatsangehörigkeit:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Deutsche/r (Kopie des Personalausweises beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> EU-Bürger/in (Kopie des Passes beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> Ausländer/in oder Staatenloser/in (Kopie der Aufenthaltserlaubnis beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> Nationalität: _____</p>	

1.9	Amtliche Betreuung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt Name der Betreuerin/des Betreuers		
	Anschrift der Betreuerin/des Betreuers		
	<b>(Bitte Bestellungsurkunde in Kopie beifügen)</b>		
1.10	Die/der Berechtigte ist durch Kriegsereignisse, in Ausübung des Wehr-/Zivildienstes, durch Gewalttaten oder Impfschäden geschädigt worden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
1.11	Angehörige der/des Berechtigten ( <b>Ehegatte, Kinder</b> ) sind durch Kriegsereignisse gefallen, vermisst bzw. verstorben oder in Ausübung des Wehr-, Zivildienstes, durch Gewalttaten oder Impfschäden geschädigt worden bzw. verstorben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
1.12	Die/der Berechtigte bzw. die/der Angehörige erhält aufgrund der erlittenen Schädigung durch Kriegsereignisse eine Rente bzw. eine Hinterbliebenenrente (falls ja: <b>Bitte Bewilligungsbescheid in Kopie beifügen</b> )	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 2. Bankverbindung - Die Leistung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaberin/Kontoinhaber: Name, Vorname
Geldinstitut:
IBAN:

Die/der Berechtigte ist Kontoinhaberin/Kontoinhaber       ja       nein

Name und Vorname der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers (nur wenn **nein** angekreuzt wurde)

---

Ist die/der Berechtigte oder die gesetzliche Vertreterin/der gesetzliche Vertreter (Eltern, Betreuerin/Betreuer mit Vermögenssorge) nicht Kontoinhaberin/Kontoinhaber, muss eine Fremdkontoerklärung ausgefüllt werden. Bei gemeinsamen Konten von Eheleuten ist diese Erklärung nicht erforderlich. Postbarzahlungen sind aus kassentechnischen Gründen nicht möglich.

### 3. Die/der Berechtigte befindet sich in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung (z. B. Altenheim, Blindenheim, Schülerinternat, Anstalt)

3.1	<input type="checkbox"/> ja (Bitte <b>Anlage für Heimkosten</b> ausfüllen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> geplant ab:
3.2	Name und Anschrift der Einrichtung
3.3	Letzter gewöhnlicher Aufenthalt <b>vor Aufnahme</b> in die Einrichtung

### 4. Nächste/r Angehörige/r bzw. Vertrauensperson

4.1	Name, Vorname
4.2	Straße, Hausnummer
4.3	PLZ, Wohnort
4.4	Verwandtschaftsverhältnis/Beziehung zur/zum Berechtigten

### 5. Die/der Berechtigte erhält/beantragt folgende Leistungen bzw. hat Ansprüche nach folgenden Rechtsgrundlagen (Bitte Bescheid in Kopie beifügen)

5.1	Bundesversorgungsgesetz (BVG)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
5.2	Opferentschädigungsgesetz (OEG)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
5.3	Infektionsschutzgesetz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
5.4	Soldatenversorgungs-, Wehr- und Zivildienstgesetz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
5.5	Häftlingshilfsgesetz, Straf/Verwaltungsrechtliches Rehabilitationsgesetz (SED-Unrechtsbereinigungsgesetz)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
5.6	Lastenausgleichsgesetz (LAG)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
5.7	Leistungen durch einen <b>Unfallversicherungsträger</b> wegen Pflegedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
5.8	Schadenersatz wegen der Blindheit/Sehbehinderung aufgrund eines Unfalles, einer ärztlichen Fehlbehandlung oder sonstigen Schädigungen durch Dritte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
5.9	Blindengeld/-hilfe, Leistungen für Sehbehinderte von einer <b>anderen Behörde</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
5.10	Sonstige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt

## 6. Für die/den Berechtigten ist ein Schwerbehindertenausweis

mit dem Merkzeichen „Bl“ (blind)	beantragt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	ausgestellt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

(Bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen)

## Ziff. 7 des Antrages ist nur bei Anträgen auf Blindengeld auszufüllen!

## 7. Die/der Berechtigte erhält Leistungen bei häuslicher oder teilstationärer Pflege

(bei vollstationärer Pflegeleistung bitte **Anlage für Heimkosten** ausfüllen)

**ja** (bitte Ziff. 7.1 bis 7.4 vollständig ausfüllen)

**nein** (weiter mit Ziff. 8)

7.1	<b>Angabe der Leistung</b>			
	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (gesetzliche Pflegekasse) nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
	Leistungen einer privaten Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
	Entsprechende Leistungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften (Beihilfe)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
	Leistungen des Sozialamtes/der Fürsorgestelle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
7.2	<b>Pflegegrad und Leistungshöhe (Bitte Bewilligungsbescheid der Pflegekasse beifügen)</b>			
	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	ab	Euro monatlich	
	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	ab	Euro monatlich	
	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	ab	Euro monatlich	
	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	ab	Euro monatlich	
7.3	Name der Pflegekasse, Beihilfe-/Fürsorgestelle/des Sozialamtes:			
7.4	Widersprüche zu den unter Ziff. 7 genannten Leistungen oder der Feststellung des Schweregrades der Pflegebedürftigkeit wurden erhoben		<input type="checkbox"/> <b>ja</b>	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>

## 8. Anlagen

- augenfachärztliche Bescheinigung
- Kopie des Feststellungsbescheides/Schwerbehindertenausweises
- Kopie des Personalausweises
- Kopie des Passes
- Kopie der Aufenthaltsgenehmigung bei Ausländern oder Staatenlosen
- Kopie der Bestellungsurkunde bzw. Vollmacht
- Anlage Heimkosten
- Kopie des Bewilligungsbescheides der Pflegekasse, Beihilfe-/Fürsorgestelle/des Sozialamtes

## **9. Erklärung**

Ich versichere, dass meine Antragsangaben, insbesondere über die Leistungen, die zum Ausgleich der durch die Blindheit bzw. hochgradigen Sehbehinderung bedingten Mehraufwendungen gewährt werden, der vollständigen Wahrheit entsprechen und dass keine wichtigen Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss.

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich jede Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung der Leistung wichtig ist, insbesondere Veränderungen jeder Art der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen (z. B. jede Augen-Operation), Wohnsitzveränderung, Aufnahme in eine Einrichtung, Beantragung und Gewährung von Leistungen bei häuslicher Pflege nach dem SGB XI (z. B. Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen) bzw. entsprechende Leistungen einer privaten Pflegeversicherung sowie Leistungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften unverzüglich dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe mitzuteilen habe (§ 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch - SGB I -).

Ich bin darüber informiert, dass die im Antrag geforderten Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, LWL-Inklusionsamt Soziale Teilhabe, erforderlich sind und dort gespeichert und verarbeitet werden. Ohne diese Angaben kann nicht entschieden werden, ob, in welcher Höhe, wem und wohin die Leistung zu zahlen ist (§ 67 ff. Sozialgesetzbuch Zehntes Buch - SGB X -).

Ich ermächtige das Geldinstitut, an das die Leistung überwiesen wird, mit Wirkung auch meinen Erben und etwaigen Verfügungsberechtigten gegenüber, überzahlte Beträge auf Anforderung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe zurückzahlen und Auskünfte zu erteilen, die zur Rückforderung überzahlter Beträge erforderlich sind.

## **10. Schriftverkehr**

Die/der Berechtigte kann zur Durchführung des Antragsverfahrens und Führung des Schriftverkehrs Dritte bevollmächtigen. Wenn von diesem Recht Gebrauch gemacht werden soll/te, ist der Name und die Anschrift der bevollmächtigten Person anzugeben und eine Vollmachtserklärung vorzulegen. Werden keine Angaben zu Bevollmächtigten vorgenommen, wird der Schriftverkehr ausschließlich mit der/dem Berechtigten bzw. der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter geführt.

Blinde und sehbehinderte Menschen haben nach der Verordnung zur Zugänglichmachung von Dokumenten im Verwaltungsverfahren nach dem Behindertengleichstellungsgesetz NRW einen Anspruch darauf, dass ihnen die Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zugänglich gemacht werden, soweit dies möglich und zur Wahrnehmung eigener Rechte erforderlich ist.

Die Entscheidung, in welcher Form Dokumente zugänglich gemacht werden, trifft der Träger der öffentlichen Belange mit den Berechtigten. Dokumente des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe werden im Regelfall ausschließlich in schriftlicher Form zugänglich gemacht. Falls Sie eine andere Form der Zugänglichmachung wünschen, bitte ich auf die von Ihnen gewünschte Form hinzuweisen.

<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers</b>
-------------------	--

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- Berechtigte/r**                       **Bevollmächtigte/r**                       **gesetzliche/r Vertreter/in**

(Soweit die/der Berechtigte nicht selbst Antragstellerin/Antragsteller ist, ist eine Vollmacht bzw. Bestellungsurkunde erforderlich)

---

**Bestätigung der Gemeinde**

(nur erforderlich, wenn die Antragstellung über die Gemeinde-/Stadtverwaltung erfolgt)

Der Antrag wurde entgegengenommen am \_\_\_\_\_

Stempel	Aktenzeichen
Datum/Unterschrift	Telefon