1	An das Zentrum Bayern Familie und Soziales - Region

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Antrag auf Blindengeld

nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz (BayBlindG)

Bitte beachten Sie:
Ihr Antrag kann nur dann rasch bearbeitet werden, wenn Sie die Fragen **sorgfältig und vollständig** beantworten und die für Sie zutreffenden Bescheinigungen von den zuständigen Stellen ausfüllen lassen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen im beiliegenden Informationsblatt.

Angaben zur Person

Zutreffendes ankreuzen ☒ oder ausfüllen

2	Nachname	Vorname
3	Geburtsname, frühere Namen	Geburtsdatum
	Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ keine Angabe (§ 22 Abs. 3 PStG)	

4a Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort ➔ **Bitte Kopie des Personalausweises/Reisepasses beilegen!**

☐ in Bayern ☐ außerhalb Bayerns

Straße, Haus-Nr.		
Postleitzahl, Ort	Land	
Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)	( )	

4b Weitere Wohnsitze, auch Auslandswohnsitze

5 Staatsangehörigkeit

➔ **Hinweis für Ausländer außer von EU- oder EWR-Staaten:**
Bitte lassen Sie von der Ausländerbehörde die Bescheinigung – siehe Anlage - ausfüllen oder legen Sie eine entsprechende Bescheinigung/Kopie des elektronischen Aufenthaltstitels bei.

6 **Bei Minderjährigen und Personen, für die eine Vertretung oder Betreuung bestellt ist:**

Art der Vertretung:
☐ gesetzliche Vertretung (bei Anträgen Minderjähriger)
☐ bevollmächtigte Vertretung (bitte Vollmacht vorlegen)
☐ gerichtlich bestellte Betreuung (bitte Betreuerausweis in Kopie vorlegen)

Zu- und Vorname Vertreter/Betreuer	Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)
Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ keine Angabe (§ 22 Abs. 3 PStG)	
Anschrift Vertreter/Betreuer	

Angaben über die Ursache der Behinderung

7 Die Erblindung/Sehbehinderung ist zurückzuführen auf

- ☐ angeborene Behinderung
- ☐ Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung, Gewalttat, Impfschaden
- ☐ Arbeitsunfall
- ☐ sonstigen Unfall
- ☐ Berufskrankheit
- ☐ sonstige Erkrankung

Angaben über Feststellungen nach dem Schwerbehindertenrecht

8 Wünschen Sie, dass wegen Ihrer Sehbehinderung auch ein Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX) zur Ausstellung oder Änderung eines Ausweises eingeleitet wird?

☐ **NEIN** ☐ **JA** ☐ Ein Verfahren läuft bereits unter dem AZ: _____

Angaben über ärztliche Behandlungen

➔ **Bitte fügen Sie die Ihnen vorliegenden augenfachärztlichen Unterlagen bei.**
Diese Unterlagen sollen regelmäßig nicht älter als fünf Jahre sein.

9 Ärztliche Behandlung wegen des Augenleidens

Name des behandelnden **Augenarztes/ Krankenhauses**	Anschrift	zuletzt am

10 Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Behinderteneinrichtung) befinden sich weitere die Sehbehinderung betreffende Unterlagen?

Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen

Angaben über den Bezug/die Beantragung von sonstigen Leistungen

11 Erhalten Sie wegen Blindheit/Sehbehinderung bzw. zum Ausgleich dadurch bedingter Mehraufwendungen Leistungen von anderen Stellen?

☐ **NEIN** ☐ **JA**, und zwar ☐ **Antrag ist gestellt** auf Leistungen

- ☐ nach dem BVG/Sozialgesetzbuch - Vierzehntes Buch (SGB XIV) oder den Gesetzen, die seine entsprechende Anwendung vorsehen
- ☐ aus der gesetzlichen Unfallversicherung/beamtenrechtlichen Unfallfürsorge
- ☐ aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge
- ☐ entsprechende Leistungen aus Sicherungs- und Versorgungssystemen anderer Staaten
- ☐ Blindengelder anderer Bundesländer/Staaten
- ☐ aus zivilrechtlichen oder sonstigen Ansprüchen

Stelle/Amt (Anschrift)	Geschäftszeichen

Wenn möglich, fügen Sie bitte eine Kopie des Bewilligungsschreibens bei.

Angaben über Leistungen aus der Pflegeversicherung

12 **Ich gehöre folgender gesetzlichen bzw. privaten Krankenkasse und Pflegekasse an**

	Name, Anschrift	Geschäftszeichen
Krankenversicherung		
Pflegeversicherung		

Ich erhalte von meiner gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung Leistungen

☐ **NEIN** ☐ **JA** ☐ **Antrag ist gestellt**

Wenn **JA/Antrag ist gestellt**: es handelt sich um

☐ Leistungen bei häuslicher Pflege nach Pflegegrad: ☐

☐ Leistungen nach § 43 SGB XI bei Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung (Pflegeheim o.ä.)

☐ Leistungen nach § 43a SGB XI bei Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe

Angaben über Aufenthalt in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung

13 Halten Sie sich in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung auf?

☐ **NEIN** ☐ **JA,** seit ☐ in ☐

Werden die Kosten des Aufenthalts im Heim ganz oder teilweise aus Mitteln eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers getragen?

☐ **NEIN** ☐ **JA**, und zwar erhalte ich seit ☐ ☐ **Antrag ist gestellt** auf

☐ Leistungen der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung

☐ Sozialhilfe

☐ Beihilfe nach den Beihilfevorschriften des Bundes und der Länder von

☐ eine sonstige Leistung, und zwar ☐

Kostenträger (Anschrift)	Geschäftszeichen

Wenn möglich, fügen Sie bitte eine Kopie des Bewilligungsschreibens bei.

Sonstige Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit

14 Erhalten Sie Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach sonstigen inländischen oder nach ausländischen Rechtsvorschriften (z. B. Pflegegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung, Leistungen nach Kap. 7 des SGB XIV, Pflegegeld nach § 64a SGB XII, Pflegesachleistung nach § 64b SGB XII).

☐ **NEIN** ☐ **JA** ☐ **Antrag ist gestellt**

Wenn ja: es handelt sich um ☐

Stelle/Amt (Anschrift)	Geschäftszeichen

Wenn möglich, fügen Sie bitte eine Kopie des Bewilligungsschreibens bei.

Erklärung des Antragstellers

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts, den Entzug des Aufenthaltstitels (Niederlassungserlaubnis, Aufenthaltserlaubnis etc.), die Aufnahme in ein Heim, den Bezug von Leistungen meiner Pflegeversicherung oder von anderen Stellen wegen Sehbehinderung, Blindheit oder Pflegebedürftigkeit und jede Veränderung der Sehbehinderung sowie die Durchführung einer Operation oder Behandlung zur Verbesserung der Sehfähigkeit werde ich dem Zentrum Bayern Familie und 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 Blindengeld zurückerstattet werden muss.

Ich beauftrage im Fall der unbaren Zahlung das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber den Erben, überzahlte Beträge an das Zentrum Bayern Familie und Soziales zurückzuüberweisen. Der vorstehende Auftrag kann nur von mir, nicht aber von den Erben widerrufen werden. Ich stelle das kontoführende Geldinstitut nach meinem Ableben gegenüber dem Zentrum Bayern Familie und Soziales ausdrücklich von der Wahrung des Bankgeheimnisses frei.

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages und eines eventuell sich anschließenden Widerspruchsverfahrens bei Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen und Sozialleistungsträgern (z. B. Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung) und bei sonstigen Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, im **erforderlichen Umfang** Auskünfte einholt. Ich bin auch einverstanden, dass von Fachärzten, welche ich in diesem Antrag angegeben habe, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind. Dies gilt auch für Fachärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren noch bekanntgeben werde. Die Unterlagen sollen nicht älter als fünf Jahre sein.

Ich entbinde Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen, deren Beteiligung sich aus meinen obigen Angaben ergibt, von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verfahren nach dem BayBlindG zu.

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für später genannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen, soweit dies erforderlich ist (Art. 7 Abs. 1 BayBlindG, § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

An Unterlagen sind beigefügt:

- ☐ Anlage Zahlungsangaben
- ☐ vorhandene Sehbehinderungsnachweise (z. B. ärztliche Unterlagen)
- ☐ Bescheinigung der Ausländerbehörde
- ☐ Bescheid der Pflegeversicherung
- ☐ Antrag auf Taubblindengeld
- ☐ Vollmacht
- ☐ Bestellungsurkunde
- ☐ Erklärung Weitergabe an Verband
- ☐ _____

bei Vertretung: ☐ als gesetzlicher Vertreter ☐ als Bevollmächtigter → Vollmacht beifügen! ←

_____ _____

Datum Unterschrift

Anlage zum Antrag auf Blindengeld

Zahlungsangaben

15 Das Blindengeld soll überwiesen werden:

☐ auf **mein** Konto

Bezeichnung des Geldinstituts	
IBAN (22-stellig)	BIC (11-stellig)

Ich beauftrage im Fall der unbaren Zahlung das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber den Erben, überzahlte Beträge an das Zentrum Bayern Familie und Soziales zurückzuüberweisen. Der vorstehende Auftrag kann nur von mir, nicht aber von den Erben widerrufen werden. Ich stelle das kontoführende Geldinstitut nach meinem Ableben gegenüber dem Zentrum Bayern Familie und Soziales ausdrücklich von der Wahrung des Bankgeheimnisses frei.

Datum

Unterschrift **(Antragsteller/Berechtigter/Vertreter)**

☐ auf das Konto von

Name, Anschrift

Bezeichnung des Geldinstituts	
IBAN (22-stellig)	BIC (11-stellig)

Erklärung des Kontoinhabers:
Ich erkläre hiermit, dass ich das kontoführende Geldinstitut beauftrage, überzahlte Beträge an das Zentrum Bayern Familie und Soziales zurückzuüberweisen. Dieser Auftrag kann nicht widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Ich bin mit der Überweisung auf dieses Konto einverstanden:

Datum

Unterschrift **(Antragsteller/Berechtigter/Vertreter)**

Achtung:
Die Ausländerbehörde erhebt für die Ausstellung der Bescheinigung in der Regel Kosten.
Sie können Ihr Aufenthaltsrecht vorzugsweise mit einer Kopie Ihres elektronischen Aufenthaltstitels oder Kopien der entsprechenden Seiten Ihres Reisepasses nachweisen. Daten, die nicht das Aufenthaltsrecht und nicht die Identität betreffen, können geschwärzt werden.

30 Bescheinigung der Ausländerbehörde
(nur für Staatsangehörige außerhalb des EU- oder EWR-Bereiches)

Die antragstellende Person

Name, Vorname	geboren

verfügt seit _____ über folgende Berechtigung:

☐ Niederlassungserlaubnis (§ 9 AufenthG)

☐ Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EU (§ 9a AufenthG)

☐ Aufenthaltserlaubnis (§ 7 AufenthG)
(Aufenthaltszweck: _____)

☐ Schengen-Visum (§ 6 Abs. 1 bis 2a AufenthG)

☐ nationales Visum (§ 6 Abs. 3 AufenthG)
(Aufenthaltszweck: _____)

☐ Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylG)

☐ Duldung (§ 60a AufenthG)

☐ sonstiges: _____

Befristung der Aufenthaltsberechtigung

☐ Nein ☐ Ja, bis _____

Datum/Unterschrift

Stempel der Behörde

INFORMATION

Der Bayerischen Staatsregierung ist es ein besonderes Anliegen, ihre Leistungen und Hilfen für behinderte Menschen so wirksam wie möglich zu gestalten. Bei dieser Zielsetzung arbeiten die staatlichen Behörden und gemeinnützigen Einrichtungen in einem Organisationssystem zusammen. Viele Hilfen für blinde und sehbehinderte Personen werden von Behinderten- und Behindertenselbsthilfeorganisationen angeboten.

An der speziellen Beratung von sehbehinderten und blinden Menschen sind im Freistaat Bayern landesweit u. a. insbesondere die unten angegebenen Organisationen beteiligt. Wenn Sie an Informationen interessiert sind, können Sie für eine Kontaktaufnahme dieses Formblatt benutzen.

Das Zentrum Bayern Familie und Soziales wird es an die von Ihnen gewünschte Organisation weiterleiten.

Erklärung

Für Informationen über weitere Hilfsangebote für sehbehinderte und blinde Menschen können mein Name und meine Adresse der angekreuzten bzw. angegebenen Organisation mitgeteilt werden:

☐ Bayerischer Blinden- und Sehbehindertenbund e.V., Selbsthilfeorganisation der Blinden und Sehbehinderten in Bayern

☐ Sozialverband Deutschland e.V., Landesverband Bayern

☐ _____

Meine Anschrift:

Name	Vorname	Geburtsjahr
Straße	PLZ/Wohnort	Tel.-Nr.

_____

Datum, Unterschrift

Hinweis: Die Rücksendung dieser Erklärung ist zur Antragstellung auf Blindengeld nicht erforderlich und hat auf die Entscheidung über den Antrag keinen Einfluss. Die Weiterleitung ist eine Serviceleistung Ihres Zentrum Bayern Familie und Soziales.

Einwilligung in die Übermittlung von Daten an das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) und Entbindung von der Schweigepflicht im Verfahren nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz (BayBlindG)

Vor- und Nachname des Antragstellers:		Aktenzeichen:
Anschrift:		

Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales im Rahmen der Bearbeitung meines Verfahrens und eines eventuell sich anschließenden Widerspruchsverfahrens bei Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen und Sozialleistungsträgern (z. B. Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung) und bei sonstigen Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, im **erforderlichen Umfang** Auskünfte einholt. Ich bin auch einverstanden, dass von Fachärzten, welche ich in diesem Antrag angegeben habe, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind. Die Unterlagen sollen nicht älter als fünf Jahre sein.

Dies gilt auch für Fachärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren noch bekanntgeben werde.

Ich entbinde Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen, deren Beteiligung sich aus meinen obigen Angaben ergibt, von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verfahren nach dem BayBlindG zu.

KEINE Auskünfte dürfen eingeholt werden bei: _____

Folgende Unterlagen dürfen NICHT eingeholt werden: _____

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für später genannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen soweit dies erforderlich ist (Art. 7 Abs. 1 BayBlindG, § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____

☐ Antragsteller ☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Betreuer ☐ Vorsorgevollmacht