

**Antrag auf Gewährung von Blindengeld
nach dem Landesblindengeldgesetz Rheinland-Pfalz (LBlindenGG)
vom 28. März 1995**

Eingangsdatum

Name, Vorname, ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum und -ort	Familienstand
wohnhaft	Telefon
Name, Vorname, Anschrift des nächsten Angehörigen	Verwandtschaftsverhältnis
Name, Vorname, Anschrift des Betreuers (Bestellungsurkunde beifügen)	
Versichert bei folgender Krankenkasse	
Ein Schwerbehindertenausweis ist <input type="checkbox"/> nicht ausgestellt <input type="checkbox"/> ausgestellt (Kopie von beiden Seiten beifügen)	

Ursache der Sehbehinderung: von Geburt Krankheit Kriegseinwirkung Unfall
Die Sehbehinderung wurde bisher behandelt von:

(ggf. augenfachärztliche Bescheinigung beifügen)

Bei Unfall oder anderen Schadensereignissen:
Bestehen Ansprüche auf Schadenersatz gegen Dritte?
 Nein Ja, Name, Anschrift

Wird eine Einrichtung besucht? Nein Ja, folgende

Kindergarten/Sonderkindergarten Schule/Sonderschule Werkstatt für Behinderte
 Altenheim/Pflegeheim/Kurzzeitpflege Tag- und Nachtambulanz sonstige Betreuungsstätte
 Internat
Name und Anschrift der Einrichtung

Werden Pflegeleistungen bezogen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Beantragt (bei allen Leistungsarten Kopie des Bescheides beifügen)	EURO
<input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)	
<input type="checkbox"/> Blindenhilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)	
<input type="checkbox"/> Pflegezulage nach dem BVG (Bundesversorgungsgesetz), LAG (Lastenausgleichsgesetz) oder BEG (Bundesentschädigungsgesetz)	
<input type="checkbox"/> Pflegeleistungen der Berufsgenossenschaft	
<input type="checkbox"/> Sonstige Pflegeleistungen (z.B. Haftpflicht)	
<input type="checkbox"/> Pflegegeld/-leistungen der Pflegekasse nach SGB XI nach <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3, 4, 5	

Zahlungen können nur auf das Konto des Blindengeldberechtigten bzw. gesetzlichen Vertreter erfolgen.

Geldinstitut

IBAN

BIC

Ich ermächtige das Geldinstitut, an das die Leistung überwiesen wird, mit Wirkung auch meinen und etwaigen Verfügungsberechtigten gegenüber, überzahlte Beträge auf Anforderung der Blindengeldstelle der Stadtverwaltung Pirmasens zurückzuzahlen und Auskünfte zu erteilen, die zur Rückforderung überzahlter Beträge erforderlich sind.

Ich versichere vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

1. ich oder mein gesetzlicher Vertreter jede Änderung in meinen persönlichen Verhältnissen unverzüglich und unaufgefordert dem Amt für Jugend und Soziales der Stadtverwaltung Pirmasens mitzuteilen habe.
Dies gilt insbesondere für:
 - Änderungen des Sehvermögens
 - Umzug
 - Todesfall
 - Aufnahme in eine Einrichtung zur teil- oder vollstationären Betreuung (z.B. Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim, Reha-Klinik, Kurzzeitpflegeeinrichtung, Schule, Kindergarten, Internat)
 - Erhalt oder die Änderung von Pflegeleistungen der Pflegekassen oder Beihilfestellen
 - Erhalt oder die Änderung von Leistungen, die wegen der Sehbehinderung von anderen Stellen gewährt werden.
2. das Blindengeld bei Aufnahme in eine Einrichtung zur teilstationären Betreuung zu kürzen ist
3. die Pflegeleistungen seitens der Pflegekassen oder Beihilfestellen auf das Blindengeld anzurechnen sind,
4. bei vollstationärer Aufnahme in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung der Blindengeldanspruch ab der fünften Woche nach der Aufnahme in die Einrichtung ruht,
5. zu Unrecht gezahlten Leistungen zu erstatten sind, insbesondere wenn die nach Ziffer 1. genannte Mitteilungspflicht nicht beachtet wurde.

Ich entbinde hiermit alle Ärzte; Kliniken, ärztliche Gutachter und den medizinischen Dienst der Krankenkassen von der ärztlichen Schweigepflicht für die im Rahmen des Landesblindengeldgesetzes benötigten Auskünfte gegenüber dem zuständigen Leistungsträger. Ich ermächtige hiermit meiner Kranken-/Pflegekasse bzw. Beihilfestelle und das Amt für soziale Angelegenheiten, alle medizinischen Unterlagen – insbesondere die Bescheide über den Bezug von Pflegeleistungen und die Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen – der Stadtverwaltung Pirmasens zur Verfügung zu stellen, soweit dies für die Bewilligung und Zahlung des Blindengeldes erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/gesetzlichen Vertreters

Vom Antragsteller auszufüllen:

Der Inhalt des Bescheides soll mir

in Schriftform zugehen

in den Amtsräumen vorgelesen werden

Augenfachärztliche Bescheinigung

bei Antrag auf Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz /§72 Abs 5 SGB XII

Blind ist, wer völlig ohne Sehvermögen ist; gleichgestellt sind Personen, deren Sehschärfe auf dem besseren Auge nicht mehr als 1/50 beträgt, oder bei denen gleich zu achtende Störungen vorliegen.

Name:	Vorname:
geb. am:	
Straße:	Wohnort:

1. Diagnosen:

2. Befunde:

a) Visus:

bitte beachten- Der Beurteilung ist die Sehschärfe des besseren Auges (unter bestmöglicher Korrektur) und das beidäugige Sehvermögen zugrunde zu legen. Die Bestimmung hat in der „First Choice-Technik“, bei zentraler Fixation, unter Beleuchtungsstandard und mit standardisierten Prüfsehzeichen, zu erfolgen.

RA

LA

Untersuchungsdatum: _____

b) gleichzuachtende Gesichtsfeldeinschränkung/en:

bitte beachten- Anerkennungsfähige Perimetriebefunde sind mit dem Goldmann Perimeter oder mit einem äquivalenten, von der Ophthalmologischen Gesellschaft zugelassenen Perimeter, entsprechend Goldmann III/4e zu erheben: (Prüfmarkendurchmesser 30 Winkelminuten, Prüfmarkenleuchtdichte 320 cd/m², entsprechend Filterstellung e, Bezeichnung 1,0, Umfeldleuchtdichte 10 cd/m²).

Als Untersuchungstechnik ist ausschließlich die manuell kinetische Methode zugelassen.

Bei den von der Ophthalmologischen Gesellschaft zugelassenen Computer-gesteuerten Perimetern, Twinfield (Oculus) und Octopus101 (Haag Streit) ist die Zusatzsoftware zur kinetischen Perimetrie einzusetzen und mit manuell kinetischer Methode zu untersuchen

Die Gesichtsfeldausdrucke der beidäugig geprüften Gesichtsfelder sind in Kopie beizulegen.

Die Ausmessung bzw. Abschätzung des blinden Bereiches in der unteren Gesichtshälfte soll auf dem Perimeterformular und nicht in der Perimeterkugel geschehen

Seite 2 augenfachärztliche Bescheinigung für:

Name: _____

- Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Bei einer Sehschärfe von 0,033 (1/30) oder weniger ist die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 30° vom Zentrum entfernt. Gesichtsfeldreste jenseits von 50° sind unberücksichtigt geblieben.
- Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Bei einer Sehschärfe von 0,05 (1/20) oder weniger ist die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 15° vom Zentrum entfernt. Gesichtsfeldreste jenseits von 50° sind unberücksichtigt geblieben.
- Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Bei einer Sehschärfe von 0,1 (1/10) oder weniger ist die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 7,5° vom Zentrum entfernt. Gesichtsfeldreste jenseits von 50° sind unberücksichtigt geblieben.
- Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Bei normaler Sehschärfe ist die Grenze der Gesichtsfeldinsel in keiner Richtung mehr als 5° vom Zentrum entfernt. Gesichtsfeldreste jenseits von 50° sind unberücksichtigt geblieben.
- Große Skotome im zentralen Gesichtsfeldbereich. Die Sehschärfe beträgt nicht mehr als 0,1 (1/10) und im 50°-Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians ist mehr als die Hälfte ausgefallen.
- Homonyme Hemianopsie mit Verlust des zentralen Sehens beiderseits, wobei die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser besitzt.
- Bitemporale oder binasale Hemianopsie, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und kein Binokularsehen besteht.

Untersuchungsdatum: _____

c) gleichzuachtende andere Befunde:

Bitte beachten- über die Anerkennungsfähigkeit wird grundsätzlich im Rahmen eines Gutachtens beim Landesblindenarzt entschieden. Bitte alle Befundunterlagen bereits diesem Antrag beilegen.

- Es liegen Sehschädigungen vor, die einer Sehschärfenherabsetzung auf 0,02 (1/50) gleichkommen, die aber durch den Visus, bzw die v.g. gleich zuachtenden Gesichtsfeldeinschränkungen nicht erfasst sind.

Untersuchungsdatum: _____

