

Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld

Name : _____
Vorname : _____
Geb.-Datum : _____
Anschrift : _____
Staatsangeh. : _____ in Lübeck wohnhaft seit: _____
Kontoverbindung : _____
(Nr., Geldinstitut, BLZ)

beantragt Landesblindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz für Schleswig-Holstein.

Der Feststellungsbescheid des Landesamtes für soziale Dienste nach § 4 SchwbG wegen Blindheit (Merkzeichen "Bl") ist beigelegt.

Besteht ein Anspruch auf Leistungen nach anderen öffentlich-rechtlichen Vorschriften, die zum Ausgleich der durch Blindheit bedingten Mehraufwendungen bestimmt sind (z. B. Pflegegeld nach §§ 267, 269 Lastenausgleichsgesetz; Pflegegeld nach § 44 SGB VII, §§ 36 ff. SGB XII Beihilfe nach den Beihilfavorschriften)? nein ja

Werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz für Sie bzw. Ihre(n) Ehepartner(in) gewährt? nein ja

Werden folgende gleichartige Leistungen bereits bezogen bzw. beantragt?

- Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz, Pflegestufe: _____
- Leistungen eines privaten Versicherers oder Beihilfetragers
Höhe des Betrages: _____
Zahlende Stelle: _____
- keine

Bei Antragstellern im arbeitsfähigen Alter:

Eine Tätigkeit wird ausgeübt als: _____

Eine Tätigkeit wird nicht ausgeübt, weil
_____.

Vorstehende Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit.

*) Nichtzutreffendes streichen.

Lübeck, _____

Aufgenommen:

(Antragsteller bzw. gesetzlicher Vertreter)