

Bitte urschriftlich zurück an:

Stadt Leipzig
Sozialamt
Abteilung 50.6

04092 Leipzig

Formblatt als Anlage zum Antrag auf Leistungen nach dem Sächsischen Landesblindengeldgesetz (LBlindG)

Nur ausfüllen, wenn Leistungen nach dem Sächsischen Landesblindengeldgesetz beantragt werden.

Aktenzeichen (sofern vorliegend):

Name der antragstellenden Person:

Geb.-Datum:

Zusätzliche Angaben bei Beantragung von Leistungen nach dem LBlindG

1. Antragsteller mit Wohnsitz in Sachsen, die nicht bzw. nicht im EU-/EWR-Ausland arbeiten

1.1. Bezug/Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung

- Ich erhalte **keine Leistungen** der Pflegeversicherung (SGB XI) bzw. habe derartige Leistungen auch **nicht beantragt**. (weiter bei Punkt 1.3)
- Ich habe Leistungen der Pflegeversicherung beantragt.
- Ich erhalte **folgende Leistungen** der Pflegeversicherung (SGB XI)

nach Pflegegrad	Leistungsart	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> häusliche/ambulante Pflege (§ 36 SGB XI)	<input type="checkbox"/> Pflege in vollstationärer Einrichtung d. Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI i.V.m.§ 71 Abs. 4 SGB XI) <input type="checkbox"/> besondere Wohnform (§ 42a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XII) <input type="checkbox"/> Sonstige Leistungen (Leistung bitte angeben):
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Pflegegeld (§ 37 SGB XI)	
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI)	
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	

1.2. Angaben zur Krankenkasse/Pflegekasse

Name der Krankenkasse	
Name der Pflegekasse	
Anschrift	
Mitgliedsnummer	
Datum der Untersuchung	Pflegegutachten vom (Gutachten beifügen- auch bei Ablehnung)

1.3. Bezug/Beantragung von anderen Sozialleistungen

<p>Ich erhalte folgende andere Sozialleistungen bzw. habe derartige Leistungen beantragt:</p> <p>Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder Gesetzen, die das BVG für entsprechend anwendbar erklären (OEG, IfSG, SVG, ZDG u.a.) oder nach dem UntAbschIG oder dem Anti-DHG.</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<p>Stelle, Aktenzeichen</p>
<p>Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII).</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<p>Leistungen anderer Bundesländer nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit, Taubblindheit oder als schwerstbehindertes Kind.</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

2. Aufenthalt in Heimen oder vergleichbaren Einrichtungen

<p>Liegt derzeit eine ständige Unterbringung in einem Heim oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Rehabilitationseinrichtung o.ä.) oder ist eine solche Unterbringung beabsichtigt?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls eine Heimunterbringung vorliegt, bitte nachfolgende Bestätigung ausfüllen lassen.</p>	
<p>Familienname, Vorname</p>	
<p>ist ständig in einem Heim oder in einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altenheim, Rehabilitationseinrichtung, besondere Wohnform nach § 42a Abs. 2 Satz 1 Nr.2 SGB XII o.ä. o.ä.) untergebracht bzw. es ist eine solche Unterbringung beabsichtigt.</p>	
<p>Name/Anschrift der Einrichtung</p>	
<p>seit/ab</p>	<p>öffentlich-rechtlicher Kostenträger des Aufenthalts: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Name und Anschrift des Kostenträgers:</p>	
<p>Die Einrichtung wird</p> <p><input type="checkbox"/> <u>regelmäßig jedes</u> Wochenende für einen Aufenthalt zu Hause verlassen</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> selten</p> <p><input type="checkbox"/> <u>regelmäßig</u> anTagen im Monat verlassen.</p> <p><input type="checkbox"/> regelmäßige Heimfahrten in den Ferien (konkrete, gesonderte Beantragung des Zeitraumes erforderlich)</p>	
<p>Stempel/Unterschrift der Einrichtung</p>	

3. Anspruchsvoraussetzungen nach dem EU-Recht

(Nicht von Antragstellern auszufüllen, die in Sachsen wohnen und nicht bzw. nicht im EU-/EWR-Ausland arbeiten)

Beschäftigungsverhältnis in Sachsen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beschäftigungsland/-ort: Arbeitgeber: (Bitte eine aktuelle Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers beifügen.)		
Entsandter (Beschäftigung für ein deutsches Unternehmen im Ausland)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Land/Ort der Entsendung: Arbeitgeber: (Bitte eine aktuelle Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers beifügen.)		
Ich erhalte im Beschäftigungsland folgende andere Sozialleistungen oder habe diese beantragt: (Bewilligungsbescheid beifügen)		
<input type="checkbox"/> Leistungen der Kriegsopferversorgung, Gewaltopferversorgung oder andere vergleichbare Leistungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder vergleichbare Leistungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Leistungen des Beschäftigungslandes nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit oder vergleichbare Leistungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

4. Angaben zur Bankverbindung

Zustehende Leistungen sollen auf das folgende Konto überwiesen werden:

<input type="checkbox"/> eigenes Konto	<input type="checkbox"/> gemeinsames Konto	<input type="checkbox"/> Fremdkonto (bitte Kontoinhaber angeben)																	
Kontoinhaber																			
BIC/SWIFT-Code										bei (Geldinstitut)									
IBAN																			
Leistungen nach dem LBlindG können nicht auf Dritte übertragen, verpfändet oder gepfändet werden. Soweit die Leistungen auf ein Fremdkonto überwiesen werden sollen, ist der Grund für die Überweisung zugunsten des Fremdkontos anzugeben.																			
_____						_____													
Datum						Unterschrift des Antragstellers / des gesetzlichen Vertreters / des Bevollmächtigten													

5. Hinweis zum Übergang von Schadenersatzansprüchen

Nach § 8 Abs.1 S.1 LBlindG in Verbindung mit § 116 SGB X gehen gesetzliche **Schadenersatzansprüche, die Sie gegen den Verursacher des Gesundheitsschadens haben** (z.B. der Unfallgegner), **auf den Landkreis/kreisfreie Stadt bzw. Freistaat Sachsen über**, soweit Ihnen wegen dieses Gesundheitsschadens Leistungen nach dem LBlindG zu gewähren sind, die die behinderungsbedingten Mehraufwendungen im täglichen Leben ausgleichen sollen. Sie oder beauftragte Dritte dürfen daher über Schadenersatzansprüche gegen den Schadensverursacher insoweit nicht mehr verfügen, insbesondere **keinen Vergleich schließen oder Zahlungen entgegennehmen**, sofern hierdurch die auf die Verwaltung übergegangenen Schadenersatzansprüche berührt werden. Ein Verstoß dagegen kann eine Schadenersatzpflicht Ihrerseits gegenüber der Verwaltung begründen. Ansprüche auf **Schmerzensgeld und Ersatz von Sachschäden** dürfen jedoch ohne Einschränkung selbst gegenüber dem Schadensverursacher geltend gemacht werden. Bei Zweifelsfragen berät Sie die für Ihren Wohnort zuständige Verwaltung des Landkreises/der kreisfreien Stadt auf Anfrage.