

# Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Niedersächsischen Gesetz über das Landesblindengeld für Zivilblinde (LBIGG)

Landkreis/Stadt  ..... <b>Abteilung -Amt für Sozialhilfe/Blindengeldstelle-</b>  .....	Eingangsstempel/ Eingangsvermerk
..... Straße/ Postfach/ Hausnummer/ Postfachnummer	..... PLZ
	..... Ort

## 1. Angaben zur Person:

1.1 Name	
1.2 Geburtsname	
1.3 Vorname	
1.4 Geburtsdatum	
1.5 Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
1.6 Straße, Haus-Nr.	
1.7 PLZ, Wohnort	
1.8 Telefon	
1.9 Staatsangehörigkeit	.....
1.10 Gesetzliche/r Vertreter/in oder Bevollmächtigte/r	<b>X Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers angeben und ggf. Fotokopie des Betreuungsnachweises vorlegen. Für Bevollmächtigte ist eine Vollmacht vorzulegen.</b>
Name	
Vorname	
Straße	
Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon	

## 2. Bankverbindung der Kontoinhaberin/ des Kontoinhabers:

2.1 Name	
2.2 Vorname	
2.3 Geldinstitut	
2.4 Bankleitzahl	
2.5 Kontonummer	

**3. Ich befinde mich in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung (z.B. Alten- und Pflegeheim, Blindenheim, Krankenhaus, Schülerinternat usw.):**

Ja       Nein

3.1	Name und	..... Name/ Bezeichnung Einrichtung		
	Anschrift der Einrichtung:	..... Straße/ Postfach	..... PLZ	..... Ort
3.2	Letzter gewöhnlicher Aufenthalt vor Aufnahme in die Einrichtung:			
	..... Straße/ Postfach	..... PLZ	..... Ort	..... Bundesland
3.3	Die monatlichen Kosten für die Unterbringung werden wie folgt aufgebracht:			
3.3.1	<input type="checkbox"/> Durch mich.			
3.3.2	<input type="checkbox"/> Durch einen öffentlichen Kostenträger (z.B. Sozialhilfeträger, Pflegekasse, Kriegsopferfürsorge- stelle, Krankenkasse, Arbeitsamt, Beihilfestelle, Berufsgenossenschaft usw.).			
	Name und Aktenzeichen des Kostenträgers:	..... Name/ Bezeichnung Kostenträger		..... Aktenzeichen des Kostenträgers
	Anschrift des Kostenträgers:	..... Straße/ Postfach	..... PLZ	..... Ort

**4. Meine Erblindung ist verursacht durch:**

<input type="checkbox"/> hohes Alter, Krankheit	<input type="checkbox"/> einen Dritten (z.B. Gewalttat)	<input type="checkbox"/> Unfall
<input type="checkbox"/> blind seit Geburt	<input type="checkbox"/> Kriegs-, Wehrdienst oder Impfschaden	

**5. Ich bin im Besitz eines Feststellungsbescheides des Versorgungsamtes nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (Schwerbehindertenrecht):**

Ja       Nein

5.1	Wurde das Merkzeichen „Bl“ (Blind) zuerkannt?		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Wenn „Nein“, bitte zur Textziffer 5.2 , sonst zur Textziffer 6 weitergehen.		
	<b>Bitte immer den Feststellungsbescheid beifügen, auch im Fall der Ablehnung des Merkzeichens!</b>		
5.2	Haben Sie beim Versorgungsamt einen Antrag auf Feststellung nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (Schwerbehindertenrecht) und/ oder auf Zuerkennung des Merkzeichens „Bl“ gestellt, über den bislang noch nicht entschieden wurde?		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	(Wenn Sie beim Versorgungsamt bereits einen Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld gestellt haben, gehen Sie bitte weiter zu Textziffer 6).		
5.3	Falls ja und Sie beim Versorgungsamt keinen Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld gestellt haben:		
	Versorgungsamt:	..... Bezeichnung Versorgungsamt	
	Anschrift Versorgungsamt:	..... Straße/ Postfach	..... PLZ
	Antragsdatum:	.....	Aktenzeichen: .....

**6. Haben Sie bereits früher einmal Landesblindengeld bezogen?**

Ja  Nein

6.1	Wenn ja, von welchem Leistungsträger?			
	..... Name	..... Straße/ Postfach	..... PLZ	..... Ort
	Aktenzeichen: .....			

**7. Freiheitsentzug:**

Verbüßen Sie eine Freiheitsstrafe, befinden Sie sich in Sicherheitsverwahrung oder liegt eine Unterbringung aufgrund eines strafgerichtlichen Urteils in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder einer sozialtherapeutischen Anstalt vor?

Ja  Nein

**8. Erklärung:**

8.1	Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.
8.2	Ich bin damit einverstanden, dass das Niedersächsische Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben (NLZSA -Widerspruchsbehörde-) Ihre beim Versorgungsamt geführte Schwerbehindertenakte bezieht, wenn es um die Frage der Blindheit geht. Außerdem ist das Versorgungsamt berechtigt, die Erst- und Folgeentscheidungen zum Merkzeichen „Bl“ gegenüber der für das Landesblindengeld zuständigen Behörde zu offenbaren. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8.3	Ich bin damit einverstanden, dass die in der Anlage 1 von mir genannten gesetzlichen und privaten Leistungsträger gegenüber der das Landesblindengeld gewährenden Behörde und dem NLZSA direkt Auskunft über den Stand der Antragsbearbeitung sowie den Beginn der Leistung und der Leistungshöhe geben. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<b>Hinweis:</b> <b>Ein „Ja“ zur Textziffer 8.3 würde das Verfahren bezüglich der finanziellen Voraussetzungen erheblich erleichtern.</b>
8.4	Ich bestätige ausdrücklich, dass ich davon unterrichtet bin, <b>jede</b> Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung des Landesblindengeldes maßgebend sind, (z.B.) - den Wegfall des Merkzeichens „Bl“ oder die Erklärung der Rechtswidrigkeit der Zuerkennung durch das Versorgungsamt bei fehlender Rücknahmemöglichkeit, - die Besserung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen (z.B. Wegfall der Blindheit durch Operation), - den Wechsel des Aufenthaltsortes (auch vorübergehender Art wegen Schul- oder Berufsausbildung, Krankenhausaufenthalt, Umzug in ein Heim oder eine Anstalt), - jede Änderung hinsichtlich der in der Anlage 1 genannten Leistungen (Zugang, Erhöhung, Minderung, Wegfall), unverzüglich der das Landesblindengeld gewährenden Behörde mitteilen zu müssen (§ 60 Sozialgesetzbuch -Erstes Buch -SGB I-).
8.5	Ich bin davon unterrichtet, dass meine Angaben zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung mit Hilfe von Datenverarbeitungsanlagen gespeichert werden können. Ohne diese Angaben ist eine Entscheidung darüber, ob, in welcher Höhe, wem und wohin die Leistung zu zahlen ist, nicht möglich.
8.6	Ich bestätige, das Hinweisblatt (Anlage 2), das weitere Einzelheiten zur Anzeigeverpflichtung (TZ. 8.4) enthält, erhalten, inhaltlich zur Kenntnis genommen und zu meinen Unterlagen genommen zu haben.

**9. Als Anlagen füge ich diesem Amt bei:**

<input type="checkbox"/> Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes nach dem Sozialgesetzbuch -Neuntes Buch-/ Schwerbehindertenrecht
<input type="checkbox"/> Bescheinigung der Meldebehörde zum berechtigten Aufenthalt (s. TZ. 1.9)
<input type="checkbox"/> Vollmacht
<input type="checkbox"/> Betreuungsnachweis
<input type="checkbox"/> Erklärung (Anlage 1 - DOK 2 -)
<input type="checkbox"/> .....

.....	.....	.....
Ort	Datum	Unterschrift

Zur Unterschrift kreuzen Sie bitte das Zutreffende an.

<input type="checkbox"/> Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> Gesetzliche/r Vertreter/in
<input type="checkbox"/> Betreuer/in	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r

# Anlage 1

## Erklärung zu Leistungen Dritter, die auf das Landesblindengeld für Zivilblinde anrechenbar sind.

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

**1. Angaben zu Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch -Elftes Buch- (SGB XI), Soziale Pflegeversicherung/ nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)/ nach Beihilfavorschriften (BhV):**

1.1. Ich erhalte

keine Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung, nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Beihilfavorschriften,

---

1.1.1  Leistungen

aus der gesetzlichen Pflegeversicherung     aus der privaten Pflegeversicherung  
 nach § 26 c Bundesversorgungsgesetz     nach Beihilfavorschriften  
 nach dem Bundessozialhilfegesetz   

seit dem ..... nach der Stufe     I     II     III.

---

1.1.2 Bei welcher gesetzlichen/ privaten Pflegekasse sind Sie versichert?  
Bitte die Pflegekasse auch dann angeben, wenn bisher keine Leistungen bezogen werden oder beantragt worden sind!

Zuständige Kasse: .....

Name/ Bezeichnung Pflegekasse

---

Straße	PLZ	Ort	Aktenzeichen
--------	-----	-----	--------------

**Bitte den Bewilligungsbescheid beifügen!**

1.2 Am ..... habe ich folgende der unter TZ. 1.1.1 genannten Leistung/en beantragt:

.....

.....

Leistungsträger: .....

Name/ Bezeichnung Leistungsträger

---

Straße	PLZ	Ort	Aktenzeichen
--------	-----	-----	--------------

Es liegt mir noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.

Der Antrag wurde abgelehnt. Der Bescheid ist beigefügt.

---

1.3  Einen erneuten Antrag auf Gewährung einer der vorweg genannten Leistungen habe ich noch nicht gestellt.  
Eine künftige Antragstellung werde ich unverzüglich mitteilen.

**2. Ich erhalte laufend nachstehend aufgeführte Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften:**

Auch wenn der **Anspruch ruht** oder aus anderen Gründen, z. B. wegen zu hohem Einkommen, zur Zeit nicht verwirklicht werden kann, bedarf es der Mitteilung.

2.1 Rentenleistungen mit/ohne Pflegezulage nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz - BVG -) oder den Gesetzen, die das BVG für anwendbar erklären (z. B. Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Häftlingshilfegesetz, Opferentschädigungsgesetz, Infektionsschutzgesetz und andere).

- Nein  Ja
- Ohne Pflegezulage  Mit Pflegezulage (§ 35 BVG) nach Stufe .....

2.2 Pflegegeld vom Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft, Gemeindeunfallversicherungsverband und andere):

- Nein  Ja

2.3 Unterhaltshilfe nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG):

- Nein  Ja  Mit Pflegezulage  Ohne Pflegezulage

2.4 Leistungen der Haftpflichtversicherung:

- Nein  Ja

2.5 Beihilfe nach den Beihilfevorschriften (BhV):

- Nein  Ja

2.6 Sonstige Leistungen/ Ansprüche (z. B. Schadensersatzansprüche aus unerlaubter Handlung nach § 823 BGB):

- Nein  Ja

**3. Haben Sie eine der unter den TZ. 2.1 - 2.6 genannten Leistungen beantragt?**

- Nein  Ja, und zwar Nr. ....

Falls ja, bitte den Namen, die Anschrift und das Aktenzeichen der Stelle angeben, bei der Sie die Leistung beantragt haben:

Stelle: .....

Name/ Bezeichnung Stelle

.....  
Straße PLZ Ort Aktenzeichen

**4. Erklärung:**

4.1 Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

4.2 Ich ermächtige das Geldinstitut, an das die Leistung überwiesen wird, mit Wirkung auch meinen Erben und etwaigen anderen Verfügungsberechtigten gegenüber, überzahlte Beträge auf Anforderung der Blindengeldstelle des Landkreises/der Stadt zurückzuzahlen und Auskünfte zu erteilen, die zur Rückforderung überzahlter Beträge erforderlich sind.

.....  
Ort Datum Unterschrift

Zur Unterschrift kreuzen Sie bitte das Zutreffende an.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antragsteller/in | <input type="checkbox"/> Gesetzliche/r Vertreter/in |
| <input type="checkbox"/> Betreuer/in      | <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r          |

## **Hinweisblatt zur Anzeigepflicht zum Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Niedersächsi- schen Gesetz über das Landesblindengeld für Zivilblinde (LBIGG)**

### **1. Umzug:**

---

Jeder Umzug ist der das Landesblindengeld gewährenden Behörde unverzüglich mitzuteilen. Es reicht nicht aus, lediglich die Meldebehörde über den Umzug zu unterrichten, da diese über den Bezug von Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz nicht informiert ist und schon aus Datenschutzgründen Meldungen nicht weiterleitet.

#### **1.1. Innerhalb Niedersachsens:**

---

Der Umzug in den Zuständigkeitsbereich einer anderen, das Landesblindengeld gewährenden, Behörde ist der bisher zuständigen mitzuteilen. Diese wird Ihre Blindengeldakte an die künftig zuständige abgeben, die die Zahlung von Landesblindengeld dann bündig aufnehmen wird.

#### **1.2. Umzug in ein Heim:**

---

Bei Umzug in ein Heim oder eine gleichartige Einrichtung bleibt der bisher zuständige Leistungsträger auch weiterhin für die Gewährung von Landesblindengeld zuständig. Werden die Kosten des Heimaufenthaltes ganz oder teilweise von einem öffentlichen-rechtlichen Leistungsträger (Sozialhilfeträger, Krankenkasse, Beihilfestelle, Arbeitsamt o.ä.) oder einer privaten Pflegeversicherung i. S. des Elften Buches Sozialgesetzbuch -Soziale Pflegeversicherung- (SGB XI) getragen, ist das Landesblindengeld um die aus diesen Mitteln getragenen Kosten, höchstens jedoch um 50 v. H. des zustehenden Blindengeldes zu kürzen.

Die Kürzung erfolgt zum Ersten des zweiten Monats, der auf die Aufnahme folgt (§ 2 Abs. 2 Landesblindengeldgesetz -LBIGG-). Eine verspätete oder unterlassene Mitteilung hat zur Folge, dass es zu erheblichen Überzahlungen kommen kann, die wegen der Unterlassung der Mitteilungspflicht von Ihnen zurückzufordern sind.

#### **1.3. Umzug in ein anderes Bundesland:**

---

Bei Wohnsitzwechsel von Niedersachsen in ein anderes Bundesland wird die Zahlung des Landesblindengeldes eingestellt, da Voraussetzung für die Zahlung der gewöhnliche Aufenthalt in Niedersachsen ist.

Die Zahlung endet mit Ablauf des Monats, in dem der Wohnsitzwechsel stattfindet.

Bei einem Umzug von Niedersachsen in ein Heim oder eine gleichartige Einrichtung außerhalb Niedersachsens bleibt die Behörde, die bislang das Landesblindengeld gewährt hat, weiterhin zuständig, da die Unterbringung in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung keinen gewöhnlichen Aufenthalt begründet.

Gleiches gilt für einen Wohnsitzwechsel von einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung innerhalb Niedersachsens in ein Heim oder eine gleichartige Einrichtung außerhalb Niedersachsens, wenn der gewöhnliche Aufenthalt **vor** der Heimunterbringung **in Niedersachsen war**.

Der Umzug in ein anderes Bundesland ist der das Landesblindengeld gewährenden Behörde zur Vermeidung von Überzahlungen und Rückforderungen rechtzeitig, mindestens einen Monat vor Umzug, mitzuteilen.

#### **1.4. Umzug ins Ausland:**

Die Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes in das Ausland haben zur Folge, dass kein Anspruch auf Landesblindengeld mehr besteht, denn dieser ist an den gewöhnlichen Aufenthalt in Niedersachsen (Mittelpunkt der Lebensbeziehungen) gebunden. Derartige Veränderungen sind mitteilungspflichtig.

#### **1.5. Wechsel des Aufenthaltsortes:**

Bitte teilen Sie jeden Wechsel des Aufenthaltsortes mit, auch wenn er nur vorübergehender Natur ist (z.B. wegen einer Schul- oder Berufsausbildung, eines Krankenhausaufenthaltes oder einer Heimunterbringung).

#### **2. Anzurechnende Leistungen Dritter:**

Jeder Zugang, jede Änderung von anzurechnenden Leistungen wie Pflegegeld nach SGB XI, Pflegezulagen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Leistungen der Unfallversicherung u. a. sozialversicherungsrechtliche Leistungen, Beihilfeansprüche (auch Erhöhungen) sowie Schadensersatzansprüche nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) sind umgehend anzuzeigen, da diese Leistungen ganz oder teilweise auf das Landesblindengeld anzurechnen sind und eine unterlassene oder verspätete Mitteilung zu erheblichen Überzahlungen führen kann, die zurückzufordern sind. Mitzuteilen ist auch jeder Anspruch auf eine Leistung der zuvor genannten Art, auch wenn dieser Anspruch zur Zeit nicht mit einer Zahlung verbunden ist.

#### **3. Entziehung des Merkzeichens „Bl“:**

Sollte das Versorgungsamt Ihnen das eventuell festgestellte Merkzeichen „Bl“ wieder entziehen, so ist dieser Umstand sofort mitzuteilen, weil jedes Unterlassen oder jede Verzögerung eine erhebliche Überzahlung verursacht, die zurückzufordern ist.

Wenn das Versorgungsamt mitteilt, dass das Merkzeichen „Bl“ von Anfang an zu Unrecht festgestellt worden sei, es aber aus verfahrensrechtlichen Gründen nicht entzogen werden könne, ist diese Tatsache der das Landesblindengeld gewährenden Behörde ebenfalls zur Kenntnis zu geben.

**Diese Hinweise sind für Ihre Unterlagen bestimmt und *nicht* zurückzuschicken.**