

I. Folgende Pflegeleistungen werden bezogen:

1. Pflegegeld nach dem SGB XII € _____ 5. Pflegezulage nach dem BEG € _____
2. Blindenhilfe nach SGB XII € _____ 6. Pflegeversicherungsleistung € _____
3. Pflegezulage nach dem BVG € _____ und nebenrechtlicher Bestimmungen (z. B. Soldatenversorgungsgesetz) 7. Pflegeleistung auf privatrechtlicher Grundlage (Versicherungen) € _____
4. Pflegezulage nach dem LAG € _____ 8. Sonstige Leistungen € _____

Gewährende Stellen angeben: (Ziffer)

II: Falls ein Anspruch auf eine der o.g. Leistungen besteht:

- a) Wird Gehalt oder Pension aus einer Beschäftigung im öff. Dienst bezogen ? JA NEIN
Zahlende Stelle: _____ Personal-Nr. _____
- b) Wird LAG-Unterhaltshilfe bezogen? JA NEIN
Ausgleichsamt: _____ Aktenzeichen: _____
- c) Werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz bezogen? JA NEIN
Amt für soziale Angelegenheiten: _____ Aktenzeichen: _____

III. Wird die/der Behinderte von einer Sozialstation/ambulanten Pflegedienst betreut?

JA NEIN

Wenn ja, in welchem Umfang? _____

IV. Bankverbindung: (Bitte Antrag auf bargeldlose Zahlung verwenden)

V. Bei welcher Kranken-/Pflegekasse sind Sie versichert? _____

Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.
Ich wurde darüber informiert, dass

- a) jede Änderung der Umstände, die für die Gewährung der beantragten Leistung maßgebend sind, der Bewilligungsbehörde unverzüglich und unaufgefordert mitgeteilt werden muss. Dies gilt insbesondere für anrechenbare Leistungen oder die Aufnahme in Anstalten, Heimen und gleichartigen Einrichtungen und Schulen (§ 9 Landesblindengeldgesetz i.V.m. § 60 Sozialgesetzbuch I)
- b) überzahlte Beträge zu erstatten sind, insbesondere wenn die vorgenannten Mitwirkungspflichten nicht beachtet wurden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Von der für den gewöhnlichen Aufenthalt der/des Antragstellerin/s zuständigen
Verbandsgemeindeverwaltung auszufüllen:

Die vorstehenden persönlichen Angaben sind richtig.

Der gewöhnliche Aufenthalt besteht
in: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift, Stempel)

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 Landesblindenspezialisten entschieden. Bitte alle Befundunterlagen bereits diesem Antrag beilegen.

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

Untersuchungsdatum: _____

Seite 3 augenfachärztliche Bescheinigung für:

Name: _____

3. Therapie/ Prognose

- austherapiert/ inoperabel - der derzeitige Befund ist als dauerhaft anzusehen
- unter Therapie - Besserung grundsätzlich möglich
- operabel - Operation jedoch derzeit nicht möglich
- Operation geplant - Monat / Jahr _____

4. Hinweise

(z.B. zum Ablauf der Untersuchung, z.B. auf andere, möglicherweise relevante Erkrankungen...)

_____ **Datum**

_____ **Unterschrift**

_____ **Stempel**

Bitte beachten: Anerkennungsfähig sind ausschließlich Störungen im Bereich der optischen Bahnen. Visuell agnostische Störungen (wie z.B. im Rahmen von Demenz, apallischem Syndrom, u.a.) finden keine Berücksichtigung. Alle Anträge werden der zuständigen Fachbehörde (Gesundheitsamt) vorgelegt. In Zweifelsfällen wird eine Begutachtung beim Landesblindennarzt veranlasst.

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Kreisverwaltung Kaiserslautern
Abt. 4.2
Postfach 3580
67623 Kaiserslautern

Erklärung

Zu dem heute gestellten Antrag auf Gewährung von Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz erkläre ich, dass von der Pflegekasse

(Name und Anschrift der Pflegekasse)

keine Leistungen aus der Pflegeversicherungen gewährt werden, weil

- zur Zeit keine weiteren Erkrankungen und Behinderungen (außer Sehbehinderung) vorliegen. Da vorerst nur bei Pflegebedürftigkeit und nicht bei Blindheit Leistungen gewährt werden, falle ich nicht unter diesen Personenkreis. Ein Antrag hätte deshalb keine Aussicht auf Erfolg.
- ein Antrag wegen fehlender erheblicher Pflegebedürftigkeit abgelehnt wurde.
- über einen vorliegenden Antrag noch nicht abschließend entschieden wurde (einschl. eines laufenden Widerspruchsverfahrens). Die Entscheidung wird nachgereicht.

Gleichzeitig wird versichert, dass bei einer eintretenden Erkrankung und dem damit eventuell verbundenen Bezug von Leistungen durch die Pflegeversicherung, dies der Kreisverwaltung Kaiserslautern umgehend mitgeteilt wird. Ich wurde darüber informiert, dass wegen anzurechnender Leistungen überzahlte Beträge des Landesblindengeldes zu erstatten sind (§ 4 Abs. 3 Landesblindengeldgesetz)

(Ort, Datum, Unterschrift)

Anlage zum Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII,
dem Landespflegegeldgesetz, dem Landesblindengeldgesetz

für: _____ geb. _____

wohnhaft: _____

ERKLÄRUNG

Soweit für die beantragte Hilfe, nach einem der o.g. Gesetze, notwendig, entbinde ich
die mich bzw. die vorgenannte Person bisher behandelnden Ärzte (Krankenanstalten
usw.) von der ärztlichen Schweigepflicht.

_____, den _____

(Unterschrift Antragsteller/in, gesetzl. Vertreter/in, Betreuer/in

Anlage zum Landesblindengeldantrag von _____
(Name, Vorname)

Ergänzende Übermittlung:

Neben der Schriftform sollen mir die Bescheide zum Landesblindengeldgesetz in nachfolgend angegebener Form übermittelt werden:

- Elektronischer Form
- Mündlich
- Nur Schriftform

E-Mail Adresse im Fall der ergänzenden elektronischen Übermittlung:

Format: Word / PDF
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Kenntnisnahme der Mitwirkungspflichten:

Dies sind insbesondere:

Der Bezug von Leistungen der Pflegekasse (Geld- oder Sachleistung) und deren Änderungen oder Antragstellung.

Jeder Wohnungswechsel.

Die Aufnahme in eine Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung.

Die Aufnahme in ein Krankenhaus.

Die Aufnahme in eine Einrichtung zur teilstationären Betreuung (z. B. Sonderkindergarten, Schule, Tagesförderstätte, Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege).

Der Bezug gleichartiger Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften (z. B. durch das Lastenausgleichsamt, Leistungen nach dem Kriegsofferrecht, Beihilfen, Schadensersatzleistungen Dritter bei Unfällen, Leistungen der Krankenkasse)

Jede Besserung des Sehvermögens.

Nach den Bestimmungen des Landesblindengeldgesetzes sind überzahlte Beträge an den Leistungsträger zu erstatten.

Von den aufgeführten Mitwirkungspflichten habe ich in folgender Form Kenntnis erhalten:

- Schriftlich Akustisch Durch Vorlesen
- Sonstiges: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Bitte beachten: Der Vordruck ist vollständig auszufüllen und zu unterzeichnen.