

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindG) Anlage BL

Aktenzeichen:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Die folgenden Punkte sind nur dann vollständig auszufüllen, wenn Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz beantragt werden!

Bezug/Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung

Ich erhalte folgende Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) bzw. habe derartige Leistungen beantragt:					
Pflege-grad	Leistungsart				
1	häusliche/ambulante Pflege (§ 36 SGB XI)		stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)		
2	Pflegegeld (§ 37 SGB XI)		vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)		
3	Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI)		Pflege in vollstationärer Einrichtung der Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI)		
4	Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)				
5					
Meine zuständige Pflegekasse ist die	AOK	DAK	Barmer	IKK	
	Anschrift:				
Ich erhalte keine Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) bzw. habe derartige Leistungen auch nicht beantragt.					

Bezug/Beantragung von anderen Sozialleistungen

Ich erhalte folgende andere Sozialleistungen bzw. habe derartige Leistungen beantragt:	Stelle, Aktenzeichen	
1. Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder Gesetzen, die das BVG für entsprechend anwendbar erklären (OEG, IfSG, SVG, ZDG u.a.) oder nach dem UntAbschlG oder dem Anti-DHG.		Ja Nein
2. Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII).		Ja Nein
3. Leistungen anderer Bundesländer nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit oder als schwerstbehindertes Kind.		Ja Nein

Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen nach EU-Recht

Liegt ein Beschäftigungsverhältnis im EU-Ausland vor?	Ja Nein
Wird im Rahmen einer Entsendung eine Beschäftigung im Ausland für ein deutsches Unternehmen ausgeübt?	Ja Nein
Wird eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit in Sachsen ausgeübt ohne Wohnsitz im Inland?	Ja Nein

Anlage BL

Aktenzeichen:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Aufenthalt in Heimen, Anstalten oder vergleichbaren Einrichtungen

Liegt derzeit eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altenheim, Rehabilitationseinrichtung o.ä.) vor oder ist eine solche Unterbringung beabsichtigt?	Ja
Falls Sie diese Frage mit ja beantwortet haben, bitte nachfolgende Bestätigung über die Heimaufnahme bzw. den Heimaufenthalt ausfüllen lassen.	Nein

Bestätigung über eine Heimaufnahme bzw. einen Heimaufenthalt		
Hiermit wird bestätigt, das bei:		
Name, Vorname:		Geburtsdatum:
eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altenheim, Rehabilitationseinrichtung o.ä.) vorliegt oder eine solche Unterbringung beabsichtigt ist.		
Name, Anschrift der Einrichtung:		Art der Einrichtung:
seit/ab:	öffentlich-rechtlicher Kostenträger des Aufenthaltes:	Die Kosten des Aufenthaltes werden in vollem Umfang teilweise nicht vom Antragsteller selbst getragen.
	Name, Anschrift des Kostenträgers:	Die Pflegeversicherung trägt die Kosten als Leistung zur vollstationären Pflege.
Wird die Einrichtung regelmäßig jedes Wochenende für einen Aufenthalt zu Hause verlassen?		
Ja Nein, die Einrichtung wird nie selten regelmäßig an Tagen/Monat verlassen.		
Die vorstehenden Angaben werden bestätigt:		
Datum, Stempel und Unterschrift der Einrichtung		

