



Nein  Ja, in Höhe von ..... EUR von .....  
(Name der Beihilfekasse)

e) Pflegezulage nach dem Bundesversorgungsgesetz oder dem Lastenausgleichsgesetz?

Nein  Ja, in Höhe von ..... EUR von .....  
(Name des Amtes)

**V. Wohnen Sie in einer Einrichtung (z.B. Altenheim, Pflegeheim, Behindertenwohnheim, Blindenheim oder ähnliches) oder befinden Sie sich zurzeit in einem Krankenhaus?**

Nein  Ja, im .....  
(Name des Heimes/Krankenhauses)

Seit wann wohnen Sie im Heim bzw. befinden Sie sich im Krankenhaus ? .....  
(Datum)

Falls ja, wo haben Sie vor der Heimaufnahme zuletzt gewohnt ?

.....  
(Anschrift: Straße, Postleitzahl, Ort)

**VI. Steht die Blindheit im Zusammenhang mit einem Unfall und / oder im Zusammenhang mit einem Verschulden Dritter?**

Nein  Ja

**VII.** Voraussetzung für die Zahlung des Landesblindengeldes ist die Feststellung der Blindheit (Merkzeichen „Bl“ im Schwerbehindertenausweis) durch das Landesamt für soziale Dienste (ehemals Versorgungsamt). Die medizinischen Voraussetzungen werden nur dort geprüft. Sie müssen uns daher den Feststellungsbescheid des Landesamtes für soziale Dienste vorlegen.

Einen solchen Feststellungsbescheid  habe ich beigelegt.

werde ich umgehend beantragen / ist beantragt.

**Bitte beachten Sie, dass ein Landesblindengeld frühestens ab Antragsmonat gezahlt werden kann. Wir empfehlen Ihnen daher, diesen Antrag umgehend an uns zurückzusenden und zeitgleich den Feststellungsbescheid beim Landesamt für soziale Dienste zu beantragen, soweit das bisher noch nicht geschehen ist.**

**VIII.**  Neben dem Landesblindengeld wünsche ich auch **die Zahlung von Blindenhilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII.** Ich bitte daher um Zusendung des entsprechenden Antragsformulars.

**IX. Erklärung und Unterschrift:**

Die Bewilligung von Landesblindengeld und Blindenhilfe kann sich auf andere Leistungen des Sozialamtes auswirken. So sind Kürzungen z.B. bei Pflegeleistungen oder Hilfen im Haushalt sowie der Wegfall des Barbetrages in Alten- oder Pflegeheimen möglich. **Sofern durch die Bewilligung von Landesblindengeld oder Blindenhilfe andere Leistungen des Sozialamtes überzahlt werden, erkläre ich hiermit ausdrücklich, dass ich mit einer Verrechnung der überzahlten Leistungen mit der Landesblindengeldnachzahlung einverstanden bin. Nur so ist eine Zahlung meiner häuslichen Pflegeleistungen/Haushaltshilfe oder meines Barbetrages ohne Unterbrechung weiterhin möglich.**

Ich erkläre außerdem, dass ich den Fachdienst Soziale Hilfen unverzüglich unterrichten werde, wenn sich Änderungen zu den in diesem Antrag gemachten Angaben ergeben.

**X.** Ich werde auch jede Antragstellung von Sozialleistungen bei anderen Stellen und jede Wohnsitzveränderung umgehend mitteilen.

Neumünster, den.....