Antrag

auf Gewährung von Blindengeld

nach dem Thüringer Blindengeldgesetz (ThürBliGG)

Aktenzeichen

Landratsamt Weimarer Land
Sozialamt
Wohngeldstelle
Bahnhofstraße 28
99510 Apolda

Eingangsstempel

Ihre Ansprechpartner:		Unsere Sprechzeiten:	
Frau Kasper:	☏ 03644/540-747	Montag:	9.00 Uhr – 12.00 Uhr
Frau Michel:	☏ 03644/540-748	Dienstag:	9.00 Uhr – 12.00 Uhr und 13.00 Uhr – 15.30 Uhr
Telefax:	03644/540-850	Mittwoch:	geschlossen
E-Mail:	WG@lraap.thueringen.de	Donnerstag:	9.00 Uhr – 12.00 Uhr und 13.00 Uhr – 18.00 Uhr
		Freitag:	geschlossen

Angaben zur Person

- Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen -

1.

Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname	Geburtsdatum

2. Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden

3. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt: ☐ in Thüringen ☐ außerhalb Thüringens

Straße, Haus-Nr.:		
Postleitzahl, Ort:		Kreis:
tagsüber telefonisch erreichbar unter:	/	

4. Staatsangehörigkeit: _____

5. Vertretung

Ehepartner/gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter/ Betreuer/Verwandte in gerader Linie - Unzutreffendes bitte streichen, Bitte Nachweise beifügen -	Zu- und Vorname .....
Anschrift:	Tel.-Nr.: ..... / .....

Angaben über Ursache der Behinderung

6. Die Erblindung/Sehbehinderung ist zurückzuführen auf

☐ angeborene Behinderung
☐ Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung
☐ Arbeitsunfall
☐ Berufskrankheit
☐ sonstigen Unfall
☐ sonstige Erkrankung (z. B. altersbedingt)

Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften wegen Erblindung bzw. Sehbehinderung

7.

Kriegsbeschädigter	ja ☐	nein ☐
Kriegshinterbliebene(r)	ja ☐	nein ☐
Unfallgeschädigter	ja ☐	nein ☐
sonstige	ja ☐	

Wenn ja, bitte Bescheidkopie beifügen

Angaben über Bezug/Beantragung von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz

8.1 Leistung wurde beantragt ja ☐ nein ☐

8.2 Ich erhalte Leistungen nach dem aufgeführten Gesetz ja ☐ nein ☐

Pflegestufe: ..... (Bitte Kopie des Bescheides beifügen)

Angaben über Feststellungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen -

9. Wurde vom Versorgungsamt bereits eine Feststellung über die Erblindung bzw. Sehbehinderung nach dem SGB IX getroffen oder läuft ein entsprechendes Verfahren?

☐ ja bei dem Versorgungsamt ..... Aktenzeichen .....

Angaben über ärztliche Behandlungen

10. Ärztliche Behandlung wegen des **Augenleidens** (während der letzten 12 Monate)

von – bis	Name des behandelnden Augenarztes/ Bezeichnung des Krankenhauses	Anschrift

11. Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen befinden sich weitere, die Blindheit betreffende Unterlagen?

Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen

Angaben über Aufenthalt in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung

12. Liegt eine Unterbringung oder ein Aufenthalt in einem Heim, einer Anstalt oder einer gleichartigen Einrichtung (z. B. Alters-/Pflegeheim, Blindenschule, Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung) vor?

☐ ja

seit:	Einrichtung:
PLZ/Ort:	Telefon: /

☐ nein

Wer trägt die Kosten?

Letzter Wohnsitz vor Heimeintritt: Straße/Haus-Nr.: .....

PLZ/Ort: .....

Bundesland: .....

13. Erklärung des Antragstellers

13.1 Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung der Behinderung, des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts, den Entzug der Aufenthaltserlaubnis bzw. –berechtigung und den Bezug einer gleichartigen Leistung werde ich dem Landratsamt Weimarer Land unverzüglich unter Vorlage entsprechender Nachweise mitteilen.
Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben bzw. das Verschweigen von Änderungen strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangenes Blindengeld zurückerstattet werden muss.

13.2 An Unterlagen sind beigefügt:

☐ Vorhandene Erblindungsnachweise (z. B. Bescheid, ärztliche Unterlagen)

☐ Betreuungsausweis

☐ Vollmacht

☐ .....

....., den .....

.....
Unterschrift des Antragstellers bzw. Vertreters gem. Pkt. 5