

Antrag auf die Gewährung von Landesblindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz Rheinland Pfalz (LBlindenGG)

Name, Vorname und Geburtsname

Geburtsdatum und – ort

Familienstand

Strasse, Hausnummer und Wohnort

gesetzlicher Vertreter, Vormund, Betreuer

Name, Anschrift, Wirkungskreis (Bestallung beifügen), ggf. Vollmacht beifügen

Ursache der Behinderung: Geburt Unfall Krankheit

behandelnder Arzt:

Name, Anschrift

Falls eine teilstationäre Einrichtung besucht wird (z.B. Sonderkindergarten, Werkstatt für Behinderte, Tagesbetreuungsstelle etc)

Name und Anschrift der Einrichtung

Liegt ein Schwerbeschädigtenausweis vor? ja (Kopie beifügen) nein

Werden Pflegeleistungen bezogen? ja (Kopie beifügen) nein

Bankverbindung:

Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Hiermit entbinde ich die mich bzw. den vorgenannten Schwerbehinderten bisher behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit ärztliche Stellungnahmen im Rahmen der Feststellung der Ansprüche auf Landesblindengeld notwendig sind.

Blinde Menschen oder ihre gesetzlichen Vertreterinnen oder Vertreter haben jede Änderung der Umstände, welche für die Leistung des Blindengelds maßgeblich sind, der nach § 10 Abs. 1 zuständige Behörde – hier der Stadtverwaltung Ludwigshafen – mitzuteilen. Dies gilt insbesondere für Änderungen des Sehvermögens oder des gewöhnlichen Aufenthaltes, für die Aufnahme in eine Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim etc) und dem Bezug von Pflegeleistungen (§ 8 LBlindenGG).

Ort, Datum

Unterschrift