

1	An das Amt für Versorgung und Familienförderung	

Aktenzeichen
--------------

Eingangsstempel des Amtes für Versorgung und Familienförderung
---

# Antrag

## auf Blindengeld

### nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz (BayBlindG)

Zutreffendes ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> oder ausfüllen
---

#### Hinweis zum Datenschutz nach § 67 a Abs. 3 Sozialgesetzbuch – 10. Buch – (SGB X):

Ihre Angaben sind nach Art. 1 bis 4 des Bayerischen Blindengeldgesetzes (BayBlindG) erforderlich. Zur Beantwortung der Fragen sind Sie nach § 60 Sozialgesetzbuch – 1. Buch – (SGB I) verpflichtet.

Kommen Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nach, so können wir die Zahlung von Blindengeld ganz oder teilweise versagen, wenn die Anspruchsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Alle unsere Mitarbeiter sind zur Wahrung des Sozialgeheimnisses verpflichtet.

Eingangsstempel der Gemeinde/Behörde
--------------------------------------

#### Bitte beachten Sie:

Ihr Antrag kann nur dann rasch bearbeitet werden, wenn Sie die Fragen sorgfältig und vollständig – möglichst in Maschinen- oder Blockschrift – beantworten und die für Sie zutreffenden Bescheinigungen von den zuständigen Stellen ausfüllen lassen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen im beiliegenden Informationsblatt.

#### Angaben zur Person

2	Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname		
3	Geburtsdatum	Geburtsort	Kreis, Land
<p>► Hinweis: Die Angaben zum Familienstand sind freiwillig. Eine etwaige Datenweitergabe erfolgt nur in anonymisierter Form. ◀</p> <p>Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend</p>			
4a	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort		► Bitte Meldebescheinigung beilegen oder von der Meldebehörde auf Seite 4 bestätigen lassen! ◀
	<input type="checkbox"/> in Bayern <input type="checkbox"/> außerhalb Bayerns		
	Straße, Haus-Nr.		
	Postleitzahl, Ort	Kreis	
	tagsüber telefonisch erreichbar unter ( _____ ) _____		
4b	Weitere Wohnsitze, auch Auslandswohnsitze		
	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>		
5	Staatsangehörigkeit		► Hinweis für Ausländer: Bitte lassen Sie von der Ausländerbehörde die Bescheinigung auf Seite 4 ausfüllen oder legen Sie eine entsprechende Bescheinigung bei. Bei EU-Ausländern genügt eine Kopie der Aufenthaltserlaubnis-EG ◀
	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>		
6	Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Zu- und Vornamen sowie Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder des bestellten Betreuers angeben und ggf. Betreuerausweis vorlegen:		
	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>		

## Angaben über Ursache der Behinderung

### 7 Die Erblindung/Sehbehinderung ist zurückzuführen auf

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> angeborene Behinderung | <input type="checkbox"/> Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung, Gewalttat, Impfschaden |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall          | <input type="checkbox"/> sonstigen Unfall  |
| <input type="checkbox"/> Berufskrankheit        | <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung   |

## Angaben über den Bezug/die Beantragung von sonstigen Leistungen

### 8 Wegen Blindheit erhalte ich/habe ich beantragt Leistungen

– nach dem Bundesversorgungsgesetz oder den Gesetzen, die seine entsprechende Anwendung vorsehen

- ja  nein

– aus der gesetzlichen Unfallversicherung

- ja  nein

– aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge

- ja  nein

wenn ja, bitte angeben:

Amt/Stelle	AZ:
------------	-----

### 9 Pflegeversicherung

Ich gehöre folgender gesetzlichen bzw. privaten Krankenkasse und Pflegekasse an

	Name, Anschrift	Aktenzeichen/Versicherungsnummer
Krankenversicherung		
Pflegeversicherung		

Ich habe bei meiner Pflegeversicherung Leistungen beantragt

- nein  ja

Ich erhalte von meiner gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung Leistungen

- nein  ja

wenn ja: es handelt sich um

- Leistungen bei häuslicher Pflege  
 nach der Pflegestufe I  nach der Pflegestufe II oder III
- Leistungen nach § 43 SGB XI bei Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung (Pflegeheim o. ä.)
- Leistungen nach § 43a SGB XI bei Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe

Wenn möglich, fügen Sie bitte eine Kopie des Bescheides/der Mitteilung über die Leistungsbewilligung bei.

### 10 Ich erhalte zum Ausgleich blindheitsbedingter Mehraufwendungen

- ein Pflegegeld oder eine Pflegezulage  
 nach dem BVG oder den Gesetzen, die seine entsprechende Anwendung vorsehen  
 aus der gesetzlichen Unfallversicherung/beamtenrechtlichen Unfallfürsorge
- Blindengeld eines anderen Bundeslandes
- Ich habe derartige Leistungen beantragt, und zwar \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_
- Ich erhalte keine Leistung wegen Blindheit, Sehbehinderung oder Pflegebedürftigkeit

Früher erhielt ich bereits

- Blindengeld/Pflegegeld in anderen Bundesländern
- in Bayern Blindengeld

Wenn möglich, fügen Sie bitte eine Kopie des Bescheides oder der Bescheide bei, mit dem bzw. denen Ihnen die Leistung bzw. Leistungen bewilligt wurde/n oder geben Sie an:

Stelle/Amt	Aktenzeichen:
------------	---------------

## Angaben über Feststellungen nach dem Schwerbehindertengesetz

11 Wünschen Sie, dass wegen Ihrer Erblindung bzw. Sehbehinderung auch ein Verfahren nach dem Schwerbehindertengesetz (SchwbG) zur Ausstellung oder Änderung eines Ausweises eingeleitet wird?

ja  nein Ein Verfahren nach dem SchwbG läuft bereits unter dem AZ \_\_\_\_\_

## Angaben über ärztliche Behandlungen

► Falls Sie augenfachärztliche Unterlagen in Händen haben, legen Sie diese bitte bei. ◀

12 Ärztliche Behandlung wegen des Augenleidens

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

13 Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Behinderteneinrichtung) befinden sich weitere die Blindheit betreffende Unterlagen?

Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen

## Angaben über Aufenthalt in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung

14 Halten Sie sich in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung (siehe Informationsblatt!) auf?

nein  ja seit \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Erhalten Sie Leistungen Ihrer gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung nach §43 SGB XI (Pflege in einer vollstationären Einrichtung)?

nein  ja  Antrag ist gestellt

Werden die Kosten des Aufenthalts im Heim ganz oder teilweise aus Mitteln eines öffentlich-rechtlichen Leistungsträgers (siehe Informationsblatt) getragen?

nein  ja, und zwar erhalte ich seit \_\_\_\_\_

Sozialhilfe von \_\_\_\_\_

Beihilfe nach den Beihilfavorschriften des Bundes und der Länder von \_\_\_\_\_

eine sonstige Leistung, und zwar \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

Ich habe derartige Leistungen beantragt bei \_\_\_\_\_

Wenn möglich, fügen Sie bitte eine Kopie des Bewilligungsbescheides bei oder geben Sie das Aktenzeichen an.

## Zahlungsangaben

15 Das Blindengeld soll überwiesen werden:

auf **mein** Konto

Bezeichnung des Geldinstituts	
Konto-Nr.	Bankleitzahl

auf das Konto von

Kontoinhaber (Name, Anschrift)	
Bezeichnung des Geldinstituts	
Konto-Nr.	Bankleitzahl

### Erklärung des Kontoinhabers:

Ich erkläre hiermit, dass ich das kontoführende Geldinstitut beauftrage, überzahlte Beträge an das Amt für Versorgung und Familienförderung zurückzuüberweisen. Dieser Auftrag kann nicht widerrufen werden.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Kontoinhabers

## Erklärung des Antragstellers

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts, den Entzug der Aufenthaltserlaubnis, die Aufnahme in ein Heim, den Bezug von Leistungen meiner Pflegeversicherung oder von anderen Stellen wegen Blindheit oder Pflegebedürftigkeit und jede Veränderung der Sehbehinderung sowie die Durchführung einer Operation oder Behandlung zur Verbesserung der Sehfähigkeit werde ich dem Amt für Versorgung und Familienförderung 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.

Ich beauftrage im Fall der unbaren Zahlung das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber den Erben, überzahlte Beträge an das Amt für Versorgung und Familienförderung zurückzuüberweisen. Der vorstehende Auftrag kann nur von mir, nicht aber von den Erben widerrufen werden. Ich stelle das kontoführende Geldinstitut nach meinem Ableben gegenüber dem Amt für Versorgung und Familienförderung ausdrücklich von der Wahrung des Bankgeheimnisses frei.

Ich bin damit einverstanden, dass das Amt für Versorgung und Familienförderung im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages und eines eventuell sich anschließenden Widerspruchsverfahrens die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt bei den Stellen, die sich aus meinen Antworten ergeben (z. B. gesetzl. oder private Pflegeversicherung). Des Weiteren bin ich einverstanden, dass die über mich bei Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen und Sozialleistungsträgern (z. B.: Arbeitsamt, Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, Sozial- und Jugendhilfe) sowie Pensionsbehörden und Gesundheitsämtern geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde) zur Einsicht beigezogen werden. Ich bin auch einverstanden, dass von Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen, deren Beteiligung sich aus meinen obigen Angaben ergibt, von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen bei der Feststellung nach dem BayBlindG zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die dem Amt für Versorgung und Familienförderung im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem BayBlindG bekannt werden, auch anderen Gutachtern oder Sozialleistungsträgern (z. B. Pflegekasse, Arbeitsamt, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben offenbart werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem widersprechen kann.

16

### An Unterlagen sind beigelegt:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vorhandene Erblindungsnachweise (z. B. Bescheid, ärztl. Unterlagen) | <input type="checkbox"/> Vollmacht                         |
| <input type="checkbox"/> Bescheinigung der Melde-/Ausländerbehörde                           | <input type="checkbox"/> Betreuerausweis                   |
| <input type="checkbox"/> Bescheid der Pflegeversicherung                                     | <input type="checkbox"/> Erklärung BLVF-Nr. 2080 / Einlage |
| <input type="checkbox"/> _____   |  |

bei  
Vertretung:  als gesetzl. Vertreter  
 als bevollmächtigter Vertreter  
▶ Vollmacht beifügen! ◀

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## BESCHEINIGUNGEN (wenn Sie keine vorhandenen Nachweise vorlegen können)

–kostenfrei nach § 64 SGB X–

### 20 MELDEBEHÖRDE

Die Richtigkeit der Personalien wird aufgrund des vorgelegten Personalausweises / Reisepasses bestätigt.

Der Antragsteller

Name, Vorname	geboren
---------------	---------

ist hier gemeldet mit  Hauptwohnsitz  Nebenwohnsitz seit \_\_\_\_\_

Der Zuzug erfolgte

am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ früherer Wohnort, Kreis

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

Stempel der Behörde \_\_\_\_\_

### 30 AUSLÄNDERBEHÖRDE (nur für Ausländer außerhalb des EG-Bereiches)

Der Antragsteller

Name, Vorname	geboren	besitzt
---------------	---------	---------

eine Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylVfG)

eine Aufenthaltsberechtigung oder -erlaubnis (§§ 15, 17, 27 AuslG), gültig:

von	bis
-----	-----

eine Aufenthaltsbefugnis (§ 30 AuslG), gültig:

von	bis
-----	-----

Eine Ausweisung ist auf absehbare Zeit (zumindest in den nächsten 12 Monaten) nicht beabsichtigt.

eine sonstige Bescheinigung

Bezeichnung \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

Stempel der Behörde \_\_\_\_\_

# INFORMATION

Der Bayerischen Staatsregierung ist es ein besonderes Anliegen, ihre Leistungen und Hilfen für Behinderte so wirksam wie möglich zu gestalten. Bei dieser Zielsetzung arbeiten die staatlichen Behörden und gemeinnützigen Einrichtungen in einem gegliederten Organisationssystem zusammen. Viele Hilfen für Blinde werden von Behinderten- und Behindertenselbsthilfeorganisationen angeboten.

An der speziellen Beratung von Sehbehinderten und Blinden sind im Freistaat Bayern landesweit u. a. insbesondere die unten angegebenen Organisationen beteiligt. Wenn Sie an Informationen interessiert sind, können Sie für eine Kontaktaufnahme dieses Formblatt benutzen.

Das Amt für Versorgung und Familienförderung wird es an die von Ihnen gewünschte Organisation weiterleiten.

---

## Erklärung

Datum: \_\_\_\_\_

Zu meiner Information über weitere Hilfsmöglichkeiten für Sehbehinderte und Blinde können mein Name und meine Adresse der angekreuzten bzw. angegebenen Organisation mitgeteilt werden.

Bayerischer Blindenbund e.V., Selbsthilfeorganisation der Blinden und Sehbehinderten in Bayern

Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Sozialrentner Deutschlands e.V. (VdK), Landesverband Bayern

Meine Anschrift:		
Name	Vorname	Geburtsjahr
Straße	PLZ/Wohnort	Tel.-Nr.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

---

**Hinweis:** Die Rücksendung dieser Erklärung ist zur Antragstellung auf Blindengeld nicht erforderlich und hat auf die Entscheidung über den Antrag keinen Einfluß. Die Weiterleitung ist eine Serviceleistung Ihres Amtes für Versorgung und Familienförderung.

# Blindengeld in Bayern

## Informationsblatt mit Antrag

- Anspruchsvoraussetzungen
- Antragsverfahren
- Information über weitere Hilfen

Nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz (BayBlindG) erhalten Blinde, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Bayern haben, auf Antrag ein Blindengeld.

Blind ist, wem das Augenlicht vollständig fehlt.

Als blind gelten auch Personen,

- deren Sehschärfe auf dem besseren Auge und auch bei beidäugiger Prüfung nicht mehr als 1/50 beträgt oder
- bei denen andere Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichzuachten sind. Vorübergehende Sehstörungen (bis zu sechs Monaten) werden nicht berücksichtigt.

Das Blindengeld wird monatlich in Höhe der Blindenhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) gezahlt; das sind 1.082,- DM (Stand: 01. 07. 99).

Befindet sich der Blinde in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung und werden die Kosten des Aufenthaltes ganz oder teilweise aus Mitteln öffentlich-rechtlicher Leistungsträger getragen oder aus Mitteln einer privaten Pflegeversicherung bestritten, wird nur die Hälfte des Blindengeldes (541,- DM; Stand: 01. 07. 99) gezahlt.

Leistungen bei häuslicher Pflege aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung und Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften zum Ausgleich blindheitsbedingter Mehraufwendungen werden zum Teil auf das Blindengeld angerechnet.

Der Anspruch auf Blindengeld entsteht mit dem Ersten des Monats, in dem die Voraussetzungen erfüllt sind, frühestens mit dem Antragsmonat.

Keinen Anspruch nach dem BayBlindG haben Personen, die wegen ihrer Blindheit Entschädigungsleistungen aus anderen Versorgungssystemen erhalten.

### **Was Sie beim Ausfüllen des Antragsvordruckes beachten sollten:**

Mit Hilfe der nachstehenden Einzelerläuterungen können Sie Ihren Antrag vollständig und für Sie zutreffend ausfüllen. Sie schaffen damit in Ihrem Interesse die Voraussetzungen für eine schnelle Entscheidung und eine rasche Auszahlung des Blindengeldes.

### Zu Nr. 1

Zuständig für Ihren Antrag auf Blindengeld ist das **Amt für Versorgung und Familienförderung**, in dessen Zuständigkeitsbereich Sie Ihren Wohnsitz oder – ersatzweise – den gewöhnlichen Aufenthalt im Zeitpunkt der Antragstellung haben.

Zuständige Ämter für Versorgung und Familienförderung:

Reg. Bezirk	Zuständiges Amt für Versorgung und Familienförderung	Reg. Bezirk	Zuständiges Amt für Versorgung und Familienförderung
Oberbayern	Buchstaben A–H Amt für Versorgung und Familienförderung München I Richelstraße 17 80634 München Tel. (0 89) 1 30 620	Oberfranken	Amt für Versorgung und Familienförderung Bayreuth Hegelstraße 2 95447 Bayreuth Tel. (09 21) 60 51
	Buchstaben I–Z Amt für Versorgung und Familienförderung München II Bayerstraße 32 80335 München Tel. (0 89) 5 14 31	Mittelfranken	Amt für Versorgung und Familienförderung Nürnberg Bärenschanzstraße 8 a 90429 Nürnberg Tel. (09 11) 92 80
Niederbayern	Amt für Versorgung und Familienförderung Landshut Friedhofstraße 7 84028 Landshut Tel. (08 71) 82 90	Unterfranken	Amt für Versorgung und Familienförderung Würzburg Georg-Eydel-Straße 13 97082 Würzburg Tel. (09 31) 4 10 70
Oberpfalz	Amt für Versorgung und Familienförderung Regensburg Landshuter Straße 55 93053 Regensburg Tel. (09 41) 78 09 00	Schwaben	Amt für Versorgung und Familienförderung Augsburg Morellstraße 30 86159 Augsburg Tel. (08 21) 57 09 01

### Zu Nr. 4 a

Der **Geltungsbereich** des Blindengeldgesetzes umfasst nur das Land Bayern. Den **Wohnsitz** begründen Sie dort, wo Sie eine Wohnung innehaben und auch benutzen. Den **gewöhnlichen Aufenthalt** haben Sie dort, wo Sie nicht nur vorübergehend verweilen. Ein gewöhnlicher Aufenthalt liegt nicht vor, wenn Sie lediglich zu Besuchs-, Erholungs-, Kur-, Schulungs- und ähnlichen Zwecken oder zur Feststellung des Asylrechts in Bayern sind.

### Zu Nr. 5

Ausländer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in Bayern:

Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union werden gebeten, ihre Aufenthaltserlaubnis-EG dem Antrag in Kopie beizufügen.

Staatsangehörige anderer Länder müssen eine Bescheinigung der Ausländerbehörde über die Aufenthaltsberechtigung bzw. -erlaubnis beifügen oder auf Seite 4 des Antrages bei Nr. 30 bestätigen lassen.

### Zu Nr. 7

Aus Ihren Angaben über die Ursache der Erblindung kann das Amt für Versorgung und Familienförderung feststellen, ob Sie eventuell einen anderweitigen Anspruch auf Leistungen wegen der Blindheit haben.

### Zu Nr. 8

Blinde, bei denen **Blindheit als Folge einer Schädigung** nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder den Gesetzen, die seine entsprechende Anwendung vorsehen, z. B. Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Häftlingshilfegesetz (HHG), Zivildienstgesetz (ZDG), 1. und 2. SED-Unrechtsbereinigungsgesetz (StrRehaG, VwRehaG) **anerkannt ist**, haben keinen Anspruch auf Blindengeld nach dem BayBlindG. Dasselbe gilt für Blinde, die wegen ihrer Erblindung Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Ein Anspruch auf Blindengeld ist auch für Personen ausgeschlossen, die zunächst nur auf einem Auge schädigungs- oder unfallbedingt erblindet sind und später davon unabhängig auch auf dem zweiten Auge erblinden.

Wegen der Anrechnung von Leistungen zum Ausgleich blindheitsbedingter Aufwendungen, siehe „zu Nr. 10“.

### **Zu Nr. 9**

Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, können von ihrer Pflegeversicherung Leistungen erhalten. Sie haben die Wahl zwischen Pflegeeinsätzen als Sachleistung, z. B. durch eine Sozialstation, oder einem Pflegegeld, wenn sie selbst die Pflege durch eine Pflegeperson (z. B. Angehörige, Nachbarn) sicherstellen. Die Höhe der Leistung richtet sich nach der Pflegestufe, d. h. dem Umfang der Pflegebedürftigkeit. Nicht jeder Blinde hat Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, denn Blindheit ist nicht mit Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen. Auskünfte wird Ihnen gerne Ihre zuständige Pflegekasse geben.

**Erhalten Sie Leistungen Ihrer Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege, wird das Blindengeld stets teilweise gekürzt.**

**Bei Pflegestufe I** (erheblich Pflegebedürftige) werden 60 % des Pflegegeldes der Stufe I (= 400,- DM) angerechnet. Das Blindengeld wird also um 240,- DM gekürzt und beträgt **842,- DM** (Stand: 01. 07. 99).

**Bei Pflegestufe II und III** (Schwer- und Schwerstpflegebedürftige) werden 40 % des Pflegegeldes der Stufe II (= 800,- DM) angerechnet. Das Blindengeld wird also um 320,- DM gekürzt und beträgt **762,- DM** (Stand: 01. 07. 99).

Auch wenn Sie anstelle oder neben dem Pflegegeld Pflegeeinsätze als Sachleistungen erhalten oder Leistungen bei teilstationärer Unterbringung, erfolgt die Anrechnung in der selben Höhe.

Leistungen einer **privaten Pflegeversicherung** werden behandelt wie Leistungen einer gesetzlichen Pflegeversicherung.

Es ist möglich, dass Pflegebedürftige von ihrer Pflegeversicherung in einem Kalendermonat nicht die volle Pflegesachleistung erhalten (z. B. weil sie sich im Krankenhaus befinden), oder dass ihnen nicht das gesamte Pflegegeld ausgezahlt wird (z. B. bei Verhinderung der Pflegeperson durch Urlaub, Krankheit, etc.). Informieren Sie hierüber Ihr zuständiges Amt für Versorgung und Familienförderung. In solchen Fällen kann das auf 842,- DM bzw. 762,- DM gekürzte Blindengeld für den jeweiligen Monat wieder erhöht werden. Dies gilt jedoch nicht, wenn Sie in diesem Zeitraum von Ihrer Pflegeversicherung eine Ersatzleistung (z. B. Bezahlung einer Ersatzpflegekraft) erhalten haben.

### **Zu Nr. 10**

**Leistungen zum Ausgleich blindheitsbedingter Mehraufwendungen** nach anderen Rechtsvorschriften werden, auch wenn die Blindheit für die Gewährung der Leistung nicht allein maßgeblich war, mit 60 % dieser Leistung auf das Blindengeld **angerechnet**. Das Blindengeld wird jedoch höchstens um 240,- DM gekürzt. Hierunter fallen z. B. Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG) für Vertriebene, Pflegegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge für Beamte, Pflegezulage nach dem Bundesversorgungsgesetz oder den Gesetzen, die das BVG für anwendbar erklären (OEG, SVG, BSeuchG, ZDG, HHG, StrRehaG) – z. B. Kriegsbeschädigter, der später schädigungsunabhängig erblindet und deshalb eine höhere Pflegezulage erhält –, Blindengeldzahlungen anderer Bundesländer.

Nicht anzurechnen sind u. a. Leistungen, die Sie aufgrund bürgerlichrechtlicher Ansprüche erhalten. Diese Ersatzansprüche können aber auf den Staat übergehen (§ 116 SGB X).

Wegen der Leistungen, die den Anspruch auf Blindengeld ausschließen, siehe „zu Nr. 8“.

### **Zu Nr. 12 und 13**

Im allgemeinen werden die notwendigen augenfachärztlichen Unterlagen zur Beurteilung der Anspruchsvoraussetzung unmittelbar durch das Amt für Versorgung und Familienförderung eingeholt. Es ist jedoch hilfreich und dient der Beschleunigung des Verfahrens, wenn Sie vorhandene augenfachärztliche Unterlagen (Atteste, Gutachten, Befunde) dem Antrag beifügen. Aus den ärztlichen Unterlagen sollte der dem Blinden verbliebene Sehrest in Bruchteilen oder Prozenten mit Korrektur und die Gesichtsfeldeinschränkung in Graden ersichtlich sein.

#### **Zu Nr. 14**

Während des **Aufenthaltes in einem Heim** oder einer gleichartigen Einrichtung wird das **Blindengeld nur zur Hälfte gezahlt**, wenn die Kosten des Aufenthaltes ganz oder teilweise aus Mitteln öffentlich-rechtlicher Leistungsträger bestritten werden oder Leistungen der privaten Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden.

Ein Heim im Sinne des BayBlindG ist jede Einrichtung, die neben Unterkunft und Verpflegung auch Betreuungsleistungen (z. B. vorübergehende Pflege im Krankheitsfall, gelegentliches Vorlesen eingehender Post und Erledigung von Schreibarbeiten, Begleitung innerhalb des Heimes) anbietet. Hierzu zählen Altenheime, Altenpflege-, Pflege- und Behindertenheime ebenso wie Krankenhäuser und (Kranken-) Anstalten oder Einrichtungen zur Rehabilitation, Wohnheime der Werkstätten für Behinderte oder Internate von Blindenschulen. Auch der Aufenthalt in einem Altenwohnheim kann zur Kürzung des Blindengeldes führen, ebenso das Leben in einer Einrichtung des sogenannten „betreuten Wohnens“ oder einer Wohngemeinschaft.

Voraussetzung für die Kürzung des Blindengeldes bei Heimbewohnern ist zusätzlich, dass die Kosten des Aufenthaltes im Heim ganz oder teilweise aus Mitteln eines öffentlich-rechtlichen Leistungsträgers getragen werden. Hierzu zählen z. B. die Sozialhilfe und Kriegsopferfürsorge, Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung, der Arbeits- und Versorgungsverwaltung, sowie Beihilfen nach den Beihilfevorschriften des Bundes und der Länder.

Erhalten Sie Leistungen Ihrer gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung nach § 43 SGB XI (2. Stufe der Pflegeversicherung ab 01.07.96, Leistung an Heimbewohner), wird das Blindengeld ebenfalls auf die Hälfte gekürzt.

#### **Zu Nr. 15**

Das Blindengeld wird in der Regel auf das Konto des Berechtigten überwiesen. Das Konto kann aber auch auf den Namen eines anderen, z. B. des Ehegatten oder einer sonstigen Person seines Vertrauens lauten.

Ist der Kontoinhaber **nicht** blindengeldberechtigt, so hat er die auf dem Antrag vorgesehene Erklärung zu unterschreiben. Damit verpflichtet sich der Kontoinhaber, zuviel gezahlte Beträge zurückzuzahlen und beauftragt das Geldinstitut, auch mit Wirkung gegenüber seinen Erben, überzahlte Beträge an das Amt für Versorgung und Familienförderung zurückzuzahlen.

#### **Zu Nr. 16**

Der Antrag wird erst mit der Unterschrift rechtswirksam. Unterschriftsberechtigt sind der antragstellende Blinde, sein gesetzlicher Vertreter (Eltern, Vormund, Betreuer) oder ein von ihm bevollmächtigter Vertreter. Die erforderliche Vollmacht hierzu sollte vom Blinden unterschrieben werden.

### **Wo Sie Ihren Antrag abgeben können:**

Den Antrag können Sie bei Ihrem Amt für Versorgung und Familienförderung abgeben oder einschicken. Sie können den Antrag aber auch bei Ihrer Gemeinde oder jeder anderen Behörde abgeben.

Wenn Sie Bescheinigungen von der Meldebehörde oder Ausländerbehörde vornehmen lassen, können Sie den Antrag bei dieser Stelle einreichen.

Die Gemeinde/Behörde leitet Ihren Antrag dann an das Amt für Versorgung und Familienförderung weiter.

### **Wichtig für den Beginn des Anspruchs auf Blindengeld:**

Blindengeld wird frühestens ab dem Monat gezahlt, in dem Sie den Antrag gestellt haben. Entscheidend ist der Eingang des Antrags beim Amt für Versorgung und Familienförderung oder ersatzweise bei einer anderen Behörde, die den Antrag weiterleitet.