



2.5 Kontonummer	
2.6 IBAN	
2.7 BIC	

**3. Ich befinde mich in einer stationären Einrichtung  
(z.B. Alten- und Pflegeheim, Blindenheim, Krankenhaus, Schülerinternat usw.):**

Ja       Nein

3.1 Name und	.....		
	Name/ Bezeichnung Einrichtung		
Anschrift der Einrichtung:	.....	.....	.....
	Straße/ Postfach	PLZ	Ort
3.2 Letzter gewöhnlicher Aufenthalt vor Aufnahme in die Einrichtung:	.....		
	Straße/ Postfach	PLZ	Ort Bundesland

**4. Meine Erblindung ist verursacht durch:**

<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> einen Dritten (z.B. Gewalttat)	<input type="checkbox"/> Unfall
<input type="checkbox"/> blind seit Geburt	<input type="checkbox"/> Kriegs-, Wehrdienst oder Impfschaden	

**5. Ich bin im Besitz eines Feststellungsbescheides des Nds. Landesamtes für  
Soziales, Jugend und Familie/Landessozialamt (früher Versorgungsamt) nach dem  
Sozialgesetz- buch - Neuntes Buch - (Schwerbehindertenrecht) oder im Besitz  
eines Schwerbehindertenausweises:**

Ja       Nein

5.1 Wurde das Merkzeichen „Bl“ (Blind) zuerkannt?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn „Nein“, bitte zur Textziffer 5.2 , sonst zur Textziffer 6 weitergehen.
5.2 Haben Sie beim Landessozialamt einen Antrag auf Feststellung nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (Schwerbehindertenrecht) und/ oder auf Zuerkennung des Merkzeichens „Bl“ ge- stellt, über den bislang noch nicht entschieden wurde?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
(Wenn Sie beim Landessozialamt bereits einen Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld gestellt haben, gehen Sie bitte weiter zu Textziffer 6).
5.3 Bei welcher Außenstelle des Landessozialamtes haben Sie Ihren Antrag gestellt? :
Außenstelle des Landessozialamtes: .....
Ort
Antragsdatum: ..... Aktenzeichen: .....

**6. Haben Sie bereits früher einmal Landesblindengeld bezogen?**

Ja       Nein

6.1 Wenn ja, von welchem Leistungsträger?
.....
Name      Straße/ Postfach      PLZ      Ort
Aktenzeichen: .....

**7. Freiheitsentzug:**

Verbüßen Sie eine Freiheitsstrafe, befinden Sie sich in Sicherheitsverwahrung oder liegt eine Unterbringung aufgrund eines strafgerichtlichen Urteils in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder einer sozialtherapeutischen Anstalt vor?

Ja       Nein

**8. Erklärung:**

8.1	Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.
8.2	<p>Ich bestätige ausdrücklich, dass ich davon unterrichtet bin, <b>jede</b> Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung des Landesblindengeldes maßgebend sind, (z.B.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- den Wegfall des Merkzeichens „Bl“ oder die Erklärung der Rechtswidrigkeit der Zuerkennung durch das Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie bei fehlender Rücknahmemöglichkeit,</li> <li>- die Besserung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen (z.B. Wegfall der Blindheit durch Operation),</li> <li>- den Wechsel des Aufenthaltsortes (auch vorübergehender Art wegen Schul- oder Berufsausbildung, Krankenhausaufenthalt, Umzug in eine stationäre Einrichtung),</li> <li>- jede Änderung hinsichtlich der in der Anlage 1 genannten Leistungen (Zugang, Erhöhung, Minderung, Wegfall),</li> </ul> <p>unverzüglich der das Landesblindengeld gewährenden Behörde mitteilen zu müssen (§ 60 Sozialgesetzbuch -Erstes Buch -SGB I-).</p>
8.3	Ich bestätige, das <b>Hinweisblatt</b> (Anlage) zur Anzeigeverpflichtung erhalten, inhaltlich zur Kenntnis genommen und zu meinen Unterlagen genommen zu haben.
8.4	Ich bin davon unterrichtet, dass meine Angaben zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung mit Hilfe von Datenverarbeitungsanlagen gespeichert werden können. Ohne diese Angaben ist eine Entscheidung darüber, ob, in welcher Höhe, wem und wohin die Leistung zu zahlen ist, nicht möglich.

**9. Als Anlagen füge ich diesem Antrag bei:**

<input type="checkbox"/> Feststellungsbescheid des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie nach dem Sozialgesetzbuch -Neuntes Buch-/ Schwerbehindertenrecht (der Nachweis des Feststellungsbescheides ist auch durch Vorlage des gültigen Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen BL - im Original - möglich)
<input type="checkbox"/> Bescheinigung der Meldebehörde zum berechtigten Aufenthalt (s. TZ. 1.9)
<input type="checkbox"/> Vollmacht
<input type="checkbox"/> Betreuungsnachweis
<input type="checkbox"/> Erklärung zu Leistungen Dritter, die auf das Landesblindengeld anrechenbar sind
<input type="checkbox"/> .....

..... Ort	..... Datum	..... Unterschrift
--------------	----------------	-----------------------

Zur Unterschrift kreuzen Sie bitte das Zutreffende an.

<input type="checkbox"/> Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> Gesetzliche/r Vertreter/in
<input type="checkbox"/> Betreuer/in	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r

## Anlage 1 zum Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld (BlindGeldG ND)

### Erklärung zu Leistungen Dritter, die auf das Landesblindengeld für Zivilblinde anrechenbar sind.

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Zuständige gesetzliche oder private Pflegekasse:			
Straße	PLZ	Ort	Aktenzeichen

#### 1. Angaben zu Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch –Elftes Buch- (SGB XI), Soziale Pflegeversicherung/nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)/nach den Beihilfevorschriften (BhV)

1.1. Ich erhalte

- keine Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung, nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach den Beihilfevorschriften.

1.2. Ich erhalte

- Leistungen
- aus der gesetzlichen Pflegeversicherung
  - aus der privaten Pflegeversicherung
  - nach § 26 c Bundesversorgungsgesetz
  - nach Beihilfevorschriften
  -

seit dem            nach Stufe  I  II  III.

Bitte ggf. den Bewilligungsbescheid beifügen!

1.2.1. Am            habe ich folgende der unter 1.2 aufgeführten Leistungen beantragt:

Leistungsträger: (Name, Bezeichnung Leistungsträger):

Straße, Postleitzahl, Ort:

Aktenzeichen:

- Es liegt mir noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.  
 Der Antrag wurde abgelehnt. Der Bescheid ist beigefügt.

1.3.  Ein erneuter Antrag auf eine der o. a. Leistungen habe ich bisher noch nicht gestellt. Eine zukünftige Antragstellung werde ich unverzüglich anzeigen.

<b>2. Ich erhalte laufend nachstehend aufgeführte Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften:</b> (Auch wenn Ansprüche ruhen oder aus anderen Gründen, z.B. wegen zu hohen Einkommens nicht verwirklicht werden können, bedarf es einer Mitteilung)	
2.1.	Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder den Gesetzen, die das BVG für anwendbar erklären (z.B. Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Häftlingshilfegesetz, Opferentschädigungsgesetz, Infektionsschutzgesetz) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ohne Pflegezulage <input type="checkbox"/> mit Pflegezulage (§ 35 BVG) nach Stufe
2.2.	Pflegegeld vom Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. Berufsgenossenschaft, Gemeindeunfallversicherungsverband) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
2.3.	Unterhaltshilfe nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ohne Pflegezulage <input type="checkbox"/> mit Pflegezulage
2.4.	Leistungen einer Haftpflichtversicherung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
2.5.	Beihilfe nach den Beihilfevorschriften (BhV) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
2.6.	Sonstige Leistungen/Ansprüche (z.B. Schadensersatzansprüche aus unerlaubter Handlung nach §823 BGB) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>3. Haben Sie eine der unter Tz. 2.1 bis 2.6 aufgeführten Leistungen beantragt?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar zu Nr.                   . <p style="margin-left: 40px;">Falls ja, bitte Anschrift und Aktenzeichen der Stelle mitteilen, bei der der Antrag gestellt wurde.          Name/Bezeichnung:          Straße, PLZ, Ort:          Aktenzeichen:</p>	
<b>4. Erklärung:</b>	
4.1. Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.	
4.2. Ich ermächtige das Geldinstitut, an das das Landesblindengeld überwiesen wird, mit Wirkung vom auch meinen Erben und etwaigen anderen Verfügungsberechtigten gegenüber, überzahlte Beträge auf Anforderung der Blindengeldstelle des Landkreises/der Stadt zurück zu zahlen und Auskünfte zu erteilen, die zur Rückforderung überzahlter Beträge erforderlich sind.	
Ort, Datum	Unterschrift
Ergänzend zur Unterschrift bitte Zutreffendes ankreuzen: <input type="checkbox"/> Antragsteller/in <input type="checkbox"/> Gesetzliche/r Vertreter/in <input type="checkbox"/> Betreuer/in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r	

**Hinweisblatt zur Anzeigepflicht  
zum Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Gesetz über  
das Landesblindengeld für Zivilblinde (BlindGeldG)**

**1. Umzug:**

Jeder Umzug ist der das Landesblindengeld gewährenden Behörde unverzüglich mitzuteilen. Es reicht nicht aus, lediglich die Meldebehörde über den Umzug zu unterrichten, da diese über den Bezug von Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz nicht informiert ist und schon aus Datenschutzgründen Meldungen nicht weiterleitet.

**1.1. Innerhalb Niedersachsens:**

Der Umzug in den Zuständigkeitsbereich einer anderen, das Landesblindengeld gewährenden Behörde ist der bisher zuständigen mitzuteilen. Diese wird Ihre Blindengeldakte an die künftig zuständige abgeben, die die Zahlung von Landesblindengeld dann bündig aufnehmen wird.

**1.2. Umzug in eine stationäre Einrichtung:**

Bei Umzug in eine stationäre Einrichtung bleibt der bisher zuständige Leistungsträger auch weiterhin für die Gewährung von Landesblindengeld zuständig.

Beim Aufenthalt in einer stationären Einrichtung wird ein gekürztes Landesblindengeld gezahlt.

Die Kürzung erfolgt zum Ersten des zweiten Monats, der auf die Aufnahme folgt (§ 2 Abs. 2 BlindGeldG). Eine verspätete oder unterlassene Mitteilung hat zur Folge, dass es zu erheblichen Überzahlungen kommen kann, die wegen der Unterlassung der Mitteilungspflicht von Ihnen zurückzufordern sind.

**1.3. Umzug in ein anderes Bundesland:**

Bei Wohnsitzwechsel von Niedersachsen in ein anderes Bundesland wird die Zahlung des Landesblindengeldes eingestellt, da Voraussetzung für die Zahlung der gewöhnliche Aufenthalt in Niedersachsen ist.

Die Zahlung endet mit Ablauf des Monats, in dem der Wohnsitzwechsel stattfindet.

Der Umzug in ein anderes Bundesland ist der das Landesblindengeld gewährenden Behörde zur Vermeidung von Überzahlungen und Rückforderungen rechtzeitig, mindestens einen Monat vor Umzug, mitzuteilen.

Bei einem Umzug von Niedersachsen in eine stationäre Einrichtung außerhalb Niedersachsens bleibt die Behörde, die bislang das Landesblindengeld gewährt hat, weiterhin zuständig, da der Aufenthalt in einer stationären Einrichtung keinen gewöhnlichen Aufenthalt begründet.

Gleiches gilt für einen Wohnsitzwechsel von einer stationären Einrichtung innerhalb Niedersachsens in eine stationäre Einrichtung außerhalb Niedersachsens, wenn der gewöhnliche Aufenthalt **vor dem Heimaufenthalt in Niedersachsen war.**

#### **1.4. Umzug ins Ausland:**

Die Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes in das Ausland haben zur Folge, dass kein Anspruch auf Landesblindengeld mehr besteht, denn dieser ist an den gewöhnlichen Aufenthalt in Niedersachsen (Mittelpunkt der Lebensbeziehungen) gebunden. Bei Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz könnte Blindengeld unter bestimmten Voraussetzungen gezahlt bzw. weitergezahlt werden. Derartige Veränderungen sind in jedem Falle mitteilungs pflichtig.

#### **1.5. Wechsel des Aufenthaltsortes:**

Bitte teilen Sie jeden Wechsel des Aufenthaltsortes mit, auch wenn er nur vorübergehender Natur ist (z.B. wegen einer Schul- oder Berufsausbildung, eines Krankenhausaufenthaltes oder eines Aufenthalts in einer stationären Einrichtung).

#### **2. Anzurechnende Leistungen Dritter:**

Jeder Zugang, jede Änderung von anzurechnenden Leistungen wie Pflegegeld nach SGB XI, Pflegezulagen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Leistungen der Unfallversicherung u. a. sozialversicherungsrechtliche Leistungen, Beihilfeansprüche (auch Erhöhungen) sowie Schadensersatzansprüche nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) sind umgehend anzuzeigen, da diese Leistungen ganz oder teilweise auf das Landesblindengeld anzurechnen sind und eine unterlassene oder verspätete Mitteilung zu erheblichen Überzahlungen führen kann, die zurückzufordern sind. Mitzuteilen ist auch jeder Anspruch auf eine Leistung der zuvor genannten Art, auch wenn dieser Anspruch zur Zeit nicht mit einer Zahlung verbunden ist.

#### **3. Entziehung des Merkzeichens „Bl“:**

Sollte das Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie Ihnen das eventuell festgestellte Merkzeichen „Bl“ wieder entziehen, so ist dieser Umstand sofort mitzuteilen, weil jedes Unterlassen oder jede Verzögerung eine erhebliche Überzahlung verursacht, die zurückzufordern ist. Wenn die obige Behörde mitteilt, dass das Merkzeichen „Bl“ von Anfang an zu Unrecht festgestellt worden sei, es aber aus verfahrensrechtlichen Gründen nicht entzogen werden könne, ist diese Tatsache der das Landesblindengeld gewährenden Behörde ebenfalls zur Kenntnis zu geben.

**Bitte nehmen Sie diese Hinweise zu Ihren Unterlagen.**