

# Landkreis Vorpommern-Greifswald

Absender:

Eingangsstempel

**Antrag  
auf Gewährung des Landesblindengeldes (LBIG)  
nach dem Landesblindengeldgesetz M-V (LBIGG)**

**LBIG wird beantragt für (Berechtigte/r):**

Familienname, Vorname(n), Geburtsdatum, Geburtsort
Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)
Telefonnummer (für eventuelle Rückfragen)

**Leben Sie in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtungen  
(z. B. Alten- oder Pflegeheim/ Internat)?**

- nein  
 ja, in welcher

genaue Anschrift	
nur tagsüber	dauernd

Betrag:

Die monatlichen Kosten hierfür in Höhe von \_\_\_\_\_ € werden wie folgt aufgebracht:

von einem öffentlichen Kostenträger (z. B. Pflegekasse, Sozialhilfeträger)

Name, Anschrift

---

- in Höhe von monatlich  
 von Ihnen in Höhe von monatlich  
 von Unterhaltspflichtigen Dritten in Höhe von monatlich

	€
	€
	€

**Erhalten Sie zum Ausgleich der durch die Blindheit bedingten Mehraufwendungen Leistungen nach anderen öffentlich-rechtlichen Vorschriften? (Bescheide bitte beifügen)**

- Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 BVG     nein     ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
- Pflegezulage nach § 269 Abs. 2 LAG     nein     ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
- Pflegezulage nach § 61, 63 SGB XII     nein     ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €

Sind Sie im Besitz eines Feststellungsbescheide des Versorgungsamtes?  ja  nein

a) Wenn ja, wurde das Merkzeichen "BI" oder „HS" im Schwerbehinderten-  
ausweis zuerkannt? (Bitte fügen Sie eine Kopie des Feststellungsbescheides  
und des Schwerbehindertenausweises bei.)  ja  nein

b) Wenn nein, wurde ein Schwerbehindertenausweis beantragt?  
Wenn ja, bei wem und wann?  ja  nein

Zum Nachweis der Erblindung werden beigefügt (Feststellungsbescheid):

Haben Sie bereits zuvor Landesblindengeld erhalten  nein  ja, von wem?

### Angaben zu Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz

Anschrift der Pflegekasse
---------------------------

Haben Sie bei Ihrer Pflegekasse bereits einen Antrag auf Leistungen für häusliche Pflege gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, haben Sie von Ihrer Pflegekasse einen Bescheid über die Gewährung von Leistungen erhalten? Wurde ein Pflegegrad festgestellt? (bitte Kopien beifügen) Welcher Pflegegrad? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beabsichtigen Sie bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Leistung für häusliche Pflege zu stellen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### Nähere Angehörige (Ehegatten, Eltern, Kinder, Betreuer)

Name	Vorname	Verwandtschaftsverhältnis/ Betreuer	Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

Gezahlt werden soll an:

Sie als Berechtigter  den gesetzlichen Vertreter  den Betreuer/ Pfleger

Familienname, Vorname(n) Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer) Kreditinstitut IBAN	BIC
--	-----

Soll das Blindengeld nicht auf Ihr Konto überwiesen werden, ist eine Einverständniserklärung beizufügen.

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Mir ist bekannt, dass ich wegen falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erlangte Beträge zurückzahlen muss. Ich bestätige ausdrücklich, dass ich davon unterrichtet bin, dass ich jede Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung des Landesblindengeldes maßgebend sind, insbesondere Wechsel des Aufenthaltsortes, Empfang oder Änderung in der Höhe von Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften oder Aufnahme in ein Heim bzw. eine Anstalt, unverzüglich dem zuständigen Landkreis bzw. kreisfreien Stadt anzuzeigen habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlagen:

Bitte füllen Sie das Formular **vollständig** aus und senden Sie es **umgehend** an

**Landkreises Vorpommern-Greifswald**  
**Sozialamt**  
**An der Kürassierkaserne 9**  
**17309 Pasewalk**

Wir bitten um Beachtung, dass für die Gewährung des Landesblindengeldes der Zeitpunkt des Eingangs des Antrages maßgebend ist. Der Anspruch auf Landesblindengeld entsteht frühestens mit dem Ersten des Antragsmonats (Eingangsdatum), in dem die Voraussetzungen erfüllt sind.

**Dem Antrag sind folgende Unterlagen in Kopie beizufügen:**

- Personalausweis
- Bescheid der Pflegekasse über den Bezug von Leistungen der häuslichen Pflege nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)
- falls der Antrag auf Pflegegeldleistungen abgelehnt wurde, auch den Ablehnungsbescheid
- Leistungen nach anderen öffentlich-rechtlichen Vorschriften - Nachweis über den Bezug von anderen Leistungen (z.B. Leistungen nach dem BVG, der Unfallversicherung, aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge), die ebenfalls aufgrund der Sehbehinderung gezahlt werden
- Betreuerausweis/Vorsorgevollmacht (falls vorhanden)

**Nach Feststellung vom Versorgungsamt (Unterlagen bitte in Kopie nachreichen):**

- Feststellungsbescheid des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern nach § 152 SGB IX mit den Merkzeichen „HS“ (bei hochgradiger Sehbehinderung) oder „Bl“ (Blindheit) – auch Ablehnungsbescheid bzw. Mitteilung, falls Sie gegen den Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes in Widerspruch gehen
- Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „HS“ oder „Bl“

**Hinweis:**

Auf das Landesblindengeld angerechnet werden Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach den §§ 36 bis 38, 41 und 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI), auch soweit es sich um Sachleistungen handelt.  
***Die Zuerkennung eines Pflegegrades durch die Pflegekasse ist mitzuteilen.***