

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	<b>Aktenzeichen</b>

**Anlage BI zum Antrag auf Leistungen nach dem LBlindG**

**Zusätzliche Angaben bei Beantragung von Leistungen nach dem LBlindG**

**Die folgenden Punkte nur ausfüllen, wenn Leistungen nach dem Landesblindengeldgesetz beantragt werden!**

**1. Antragsteller mit Wohnsitz in Sachsen, die nicht bzw. nicht im EU-EWR-Ausland arbeiten**

**1.1. Bezug/Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung**

Meine <b>Pflegekasse</b> ist die: <input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> Barmer GEK <input type="checkbox"/> DAK <input type="checkbox"/> IKK <input type="checkbox"/> Techniker KK <input type="checkbox"/> .....			
<input type="checkbox"/> Ich <b>erhalte</b> folgende <b>Leistungen der Pflegeversicherung</b> (SGB XI) bzw. habe derartige <b>Leistungen beantragt</b> : <b>Pflegegrad</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
<b>Leistungsart</b> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <input type="checkbox"/> häusliche/ambulante Pflege (§ 36 SGB XI)  <input type="checkbox"/> Pflegegeld (§ 37 SGB XI)  <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI)  <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)         </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <input type="checkbox"/> stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)  <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)  <input type="checkbox"/> Pflege in vollstationärer Einrichtung der Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI)  <input type="checkbox"/> .....         </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> häusliche/ambulante Pflege (§ 36 SGB XI) <input type="checkbox"/> Pflegegeld (§ 37 SGB XI) <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	<input type="checkbox"/> stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) <input type="checkbox"/> Pflege in vollstationärer Einrichtung der Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI) <input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> häusliche/ambulante Pflege (§ 36 SGB XI) <input type="checkbox"/> Pflegegeld (§ 37 SGB XI) <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) <input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	<input type="checkbox"/> stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) <input type="checkbox"/> Pflege in vollstationärer Einrichtung der Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI) <input type="checkbox"/> .....		
<input type="checkbox"/> Ich erhalte <b>keine Leistungen</b> der Pflegeversicherung bzw. habe derartige Leistungen auch <b>nicht beantragt</b> .			

## 1.2. Bezug/Beantragung von anderen Sozialleistungen

Ich <b>erhalte</b> folgende <b>anderen Sozialleistungen</b> bzw. habe derartige <b>Leistungen beantragt</b> :	
1. Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder Gesetzen, die das BVG für entsprechend anwendbar erklären (OEG, IfSG, SVG, ZDG u.a.) oder nach dem UntAbschlG oder dem Anti-DHG. Stelle, Aktenzeichen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII). Stelle, Aktenzeichen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Leistungen anderer Bundesländer nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit oder als schwerstbehindertes Kind. Stelle, Aktenzeichen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) Stelle, Aktenzeichen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## 2. Aufenthalt in Heimen, Anstalten oder vergleichbaren Einrichtungen

Liegt derzeit eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Rehabilitationseinrichtung o.ä.) oder ist eine solche Unterbringung beabsichtigt? <b>Falls eine Heimunterbringung vorliegt, bitte umseitige Bestätigung ausfüllen lassen</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

## Bestätigung der Einrichtung

Hiermit wird bestätigt, dass bei Zu- und Vorname, <span style="float: right;">Geburtsdatum</span>	
eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altenheim, Rehabilitationseinrichtung o.ä.) vorliegt oder eine solche Unterbringung beabsichtigt ist	
Name/Anschrift der Einrichtung	Art der Einrichtung
Die <b>Kosten des Aufenthalts</b> werden seit/ab: <input type="checkbox"/> vom Antragsteller wie folgt getragen. <input type="checkbox"/> in vollem Umfang <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nicht selbst getragen	
<input type="checkbox"/> Von der <b>Pflegeversicherung</b> werden die Kosten als Leistung zur vollstationären Pflege wie folgt getragen: Seit/ab ..... nach dem Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Name/Anschrift des Kostenträgers der Pflegeversicherung .....	
<input type="checkbox"/> Von einem weiteren/anderen öffentlich-rechtlichen Kostenträger ..... Name/Anschrift des Kostenträgers	
Die Einrichtung wird <u>regelmäßig jedes</u> Wochenende für einen Aufenthalt zu Hause verlassen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, die Einrichtung wird nur wie folgt ganztägig verlassen: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> <u>regelmäßig</u> an ..... Tagen/Monat.	
Datum	Stempel/Unterschrift der Einrichtung

### 3. Bescheinigungen zur Beantragung von Leistungen nach dem LBlindG, Wohnort Deutschland

<b>Bescheinigung der Meldebehörde in Sachsen</b>		Diese Bescheinigung wird Ihnen von den Meldebehörden gem. § 64 SGB X kostenfrei ausgestellt.	
<b>Die Richtigkeit der nachstehenden Angaben wird durch die Meldebehörde bestätigt:</b>			
Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname und frühere Namen		Geburtsdatum	
ist hier gemeldet	seit .....	mit <input type="checkbox"/> Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> Nebenwohnsitz.	
Ein Zuzug erfolgte	am .....	von ..... ..... früherer Wohnort, Bundesland/Land	
Datum	Unterschrift/Stempel der Meldebehörde		

### 4. Anspruchsvoraussetzungen nach dem EU-Recht

(Nicht von Antragstellern auszufüllen, die in Sachsen wohnen und nicht bzw. nicht im EU-Ausland arbeiten)

Beschäftigungsverhältnis in Sachsen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beschäftigungsland/-ort:  Arbeitgeber: (Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers vorlegen)	
Entsandter (Beschäftigung für ein deutsches Unternehmen im Ausland)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Land/Ort der Entsendung:  Arbeitgeber: (Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers vorlegen)	
Ich erhalte im Beschäftigungsland folgende andere Sozialleistungen oder habe diese beantragt: (Bewilligungsbescheid beifügen)	
<input type="checkbox"/> Leistungen der Kriegsopferversorgung, Gewaltopferversorgung oder andere vergleichbare Leistungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder vergleichbare Leistungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Leistungen des Beschäftigungslandes nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit oder vergleichbare Leistungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## 5. Hinweis zum Übergang von Schadenersatzansprüchen

Nach § 8 Abs.1 S.1 LBlindG in Verbindung mit § 116 SGB X gehen gesetzliche **Schadenersatzansprüche, die Sie gegen den Verursacher des Gesundheitsschadens haben** (z.B. der Unfallgegner), **auf den Landkreis/kreisfreie Stadt bzw. Freistaat Sachsen über**, soweit Ihnen wegen dieses Gesundheitsschadens Leistungen nach dem LBlindG zu gewähren sind, die die behinderungsbedingten Mehraufwendungen im täglichen Leben ausgleichen sollen. Sie oder beauftragte Dritte dürfen daher über Schadenersatzansprüche gegen den Schadensverursacher insoweit nicht mehr verfügen, insbesondere **keinen Vergleich schließen oder Zahlungen entgegennehmen**, sofern hierdurch die auf die Verwaltung übergegangenen Schadenersatzansprüche berührt werden. Ein Verstoß dagegen kann eine Schadenersatzpflicht Ihrerseits gegenüber der Verwaltung begründen. Ansprüche auf **Schmerzensgeld und Ersatz von Sachschäden** dürfen jedoch ohne Einschränkung selbst gegenüber dem Schadensverursacher geltend gemacht werden. Bei Zweifelsfragen berät Sie die für Ihren Wohnort zuständige Verwaltung des Landkreises/der kreisfreien Stadt auf Anfrage.

## 6. Zustehende Leistungen sollen auf das folgende Konto überwiesen werden:

<input type="checkbox"/> eigenes Konto	<input type="checkbox"/> gemeinsames Konto	<input type="checkbox"/> Fremdkonto (bitte Kontoinhaber und Grund für die Überweisung auf das Fremdkonto angeben)
Kontoinhaber		
IBAN		
BIC/SWIFT-Code		
bei (Geldinstitut)		
Leistungen nach dem LBlindG können nicht auf Dritte übertragen, verpfändet oder gepfändet werden. Soweit die Leistungen auf ein Fremdkonto überwiesen werden sollen, ist der Grund für die Überweisung zugunsten des Fremdkontos anzugeben.		
..... Datum		..... Unterschrift