

An das Zentrum Bayern Familie
und Soziales - Region

Aktenzeichen

Eingangsstempel des Zentrum
Bayern Familie und Soziales

Antrag auf Taubblindengeld

nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz
(BayBlindG)

- Zusatzfragebogen

nur in Verbindung mit einem Antrag auf Blindengeld –

Eingangsstempel der Gemeinde/
Behörde

Angaben zur Person

Zutreffendes ankreuzen ☒ oder ausfüllen

Nachname

Vorname

Geburtsname, frühere Namen

Geburtsdatum

Angaben über Feststellungen nach dem Schwerbehindertenrecht

Wünschen Sie, dass wegen Ihrer Taubheit bzw. Schwerhörigkeit auch ein Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX) zur Ausstellung oder Änderung eines Ausweises eingeleitet wird?

☐ ja ☐ nein

Ein Verfahren läuft bereits unter dem Az.

Angaben über HNO-ärztliche Behandlungen

► Bitte fügen Sie die Ihnen vorliegenden HNO-ärztlichen Unterlagen bei. ◀

Diese Unterlagen sollen regelmäßig nicht älter als fünf Jahre sein.

Ärztliche Behandlung wegen der Taubheit bzw. Schwerhörigkeit

Name des behandelnden **HNO-ärztlichen
Fachpersonals / Krankenhauses**

Anschrift

zuletzt am

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

Name und Anschrift der Stelle

Geschäftszeichen

Angaben über den Bezug oder die Beantragung von sonstigen Leistungen

8 Erhalten Sie wegen Taubheit oder Schwerhörigkeit bzw. zum Ausgleich dadurch bedingter Mehraufwendungen Leistungen von anderen Stellen?

- ☐ **NEIN** ☐ **JA**, und zwar ☐ **Antrag ist gestellt** auf Leistungen
- ☐ nach dem BVG/Sozialgesetzbuch - Vierzehntes Buch (SGB XIV) oder den Gesetzen, die seine entsprechende Anwendung vorsehen
 - ☐ aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge
 - ☐ aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge
 - ☐ entsprechende Leistungen aus Sicherungs- und Versorgungssystemen anderer Staaten
 - ☐ Gehörlosengeld oder vergleichbare Leistung anderer Bundesländer/Staaten
 - ☐ aus zivilrechtlichen oder sonstigen Ansprüchen

Stelle/Amt (Anschrift)	Geschäftszeichen

Wenn möglich, fügen Sie bitte eine Kopie des Bewilligungsschreibens bei.

Erklärung des Antragstellers

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

bei Vertretung: ☐ als gesetzlicher Vertreter ☐ als bevollmächtigter Vertreter
➤ bitte Vollmacht beifügen!

Datum	Unterschrift

Informationen zum Taubblindengeld in Bayern

(Ergänzung zum allgemeinen Informationsblatt zum Blindengeldantrag)

Taubblind bzw. taubsehbehindert ist ein blinder bzw. hochgradig sehbehinderter Mensch mit einem Hörverlust von mindestens 80 %.

Vorübergehende Seh- und Hörstörungen sind nicht zu berücksichtigen. Als vorübergehend gilt ein Zeitraum bis zu sechs Monaten.

Taubblinde Menschen erhalten ein Blindengeld in Höhe des doppelten Blindengeldbetrags, taubsehbehinderte Menschen erhalten ein Blindengeld in Höhe des doppelten Blindengeldes für hochgradig sehbehinderte Menschen.

Die Kürzungsvorschriften bei Heimunterbringung, die Anrechnungsregeln beim Bezug von Pflegeleistungen sowie die Ausschlussstatbestände des Art. 3 BayBlindG gelten auch für die Prüfung des Anspruchs auf Taubblindengeld.