

Fragebogen

Name: _____

Aktenzeichen: _____

1. Leistungen der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege / Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach sonstigen inländischen oder nach ausländischen Rechtsvorschriften

Erhalten Sie derartige Leistungen, insbesondere Leistungen bei häuslicher Pflege (Pflegegeld oder Pflegeeinsätze)?

nein ja nach Pflegegrad 2 nach Pflegegrad 3 - 5

Pflegekasse: _____

Wenn ja: Dies habe ich dem Amt bereits gemeldet.

Dies habe ich dem Amt noch nicht gemeldet. Ich erhalte die Leistung seit _____ von _____

(Bitte Bescheid des Leistungsträgers in Kopie beilegen)

2. Aufenthalt in einem Heim

Sind Sie derzeit in einem Internat, Alten-, Altenpflege-, Pflege- oder Behindertenheim, in einer besonderen bzw. gemeinschaftlichen Wohnform, einem Wohnheim oder Altenwohnheim, einer Rehabilitationseinrichtung, einer Einrichtung des "betreuten Wohnens", in einer (Kranken-) Anstalt oder in einem Krankenhaus untergebracht?

nein → falls nein, weiter bei Frage 3 auf der nächsten Seite.

ja, seit _____ Anschrift: siehe Bescheid
oder Anschrift: _____

Werden die **Kosten des Aufenthalts** ganz oder teilweise von einem öffentlich-rechtlichen Leistungsträger getragen?

nein ja, und zwar erhalte ich seit _____

Leistungen der Pflegeversicherung bei vollstationärer Pflege nach Pflegegrad _____

Sozialhilfe

Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften

eine sonstige Leistung, und zwar _____
von _____

**derzeit in Höhe von _____
(Bitte Bescheid in Kopie beilegen)**

3. Leistungen zum Ausgleich sehbehinderungs-, blindheits- oder taubheitsbedingter Mehraufwendungen nach sonstigen inländischen oder ausländischen Rechtsvorschriften sowie aus zivilrechtlichen oder sonstigen Ansprüchen

Beziehen Sie Leistungen aus Sicherungs- und Versorgungssystemen anderer Bundes- und EU-Länder oder aus zivilrechtlichen Schadensersatzansprüchen/sonstigen Ansprüchen, die zum Ausgleich sehbehinderungs-, blindheits- oder taubheitsbedingter Mehraufwendungen gewährt werden?

nein ja, und zwar erhalte ich seit _____

(Bitte entsprechende Unterlagen in Kopie beilegen)

Bei Rückfragen bin ich unter folgender
Telefonnummer erreichbar: _____

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Zahlung von Blindengeld maßgeblich sind, werde ich unverzüglich mitteilen.

_____ Unterschrift (eigenhändig): _____
Datum

Im Auftrag (Name) _____
nach den Angaben der blindengeldberechtigten Person

als gesetzliche Vertretung als bevollmächtigte Vertretung

(Bestellungsurkunde bzw. Vollmacht bitte beifügen, soweit sie dem Zentrum Bayern Familie und Soziales noch nicht vorliegen)

**Zurücksenden an die zuständige
Regionalstelle Ihres Zentrums
Bayern Familie und Soziales
(ZBFS)**

Vermerk des ZBFS:

Es ist – nichts – zu veranlassen:

Arbeitsliste ergänzt am:

Unterschrift