Fragebogen

Name: _____

Aktenzeichen: _____

1. Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit

Erhalten Sie Leistungen der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege bzw. entsprechende Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach sonstigen inländischen oder nach ausländischen Rechtsvorschriften?

nein oder nach Pflegegrad 1

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 _____

(Bitte Bescheid 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 (Rehabilitations-)Einrichtung, einer Einrichtung des "betreuten Wohnens" oder in einem Krankenhaus untergebracht?

nein → weiter bei Frage 3 auf der nächsten Seite!

ja, seit _____ Anschrift: _____

Heim/Einrichtung Betreutes Wohnen _____

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. Sonstige Leistungen

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

nein ja, und zwar erhalte ich seit _____ folgende Leistung:

(Bitte Bescheid 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.

Datum

Unterschrift (eigenhändig)

Im Auftrag (Name) _____

nach den Angaben der blindengeldberechtigten Person

als gesetzliche Vertretung

als bevollmächtigte Vertretung

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

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

Vermerk des ZBFS:

Es ist – nichts – zu veranlassen:

Arbeitsliste ergänzt am:

Unterschrift