

# 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

Wenn ja:  Dies habe ich dem Amt bereits gemeldet.

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

(Bitte Aktenzeichen angeben oder Bescheid des Leistungsträgers in Kopie beilegen)

---

## 2. Aufenthalt in einem Heim

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

nein       ja,                      seit                      Anschrift: siehe Bescheid

oder Anschrift:

---

**Die folgenden Fragen müssen Sie nicht beantworten, wenn Sie mit "Nein" geantwortet haben**

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 sehbehinderungsbedingter Mehraufwendungen nach sonstigen inländischen oder ausländischen Rechtsvorschriften

Beziehen Sie Leistungen aus Sicherungs- und Versorgungssystemen anderer Bundes- und EU-Länder, die zum Ausgleich sehbehinderungsbedingter Mehraufwendungen gewährt werden?

- nein       ja, und zwar erhalte ich seit \_\_\_\_\_  
(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.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

- Im Auftrag (Name)  
nach den Angaben des/der Blinden
- als gesetzlicher Vertreter       als Betreuer       als Bevollmächtigter
- (Betreuerausweis 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 (nicht vom Blindengeldempfänger auszufüllen!):**

Es ist – nichts – zu veranlassen:

\_\_\_\_\_

Arbeitsliste ergänzt am:

\_\_\_\_\_

Unterschrift