

## Anlage BL

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

#### 1 Zustehende Leistungen sollen auf das folgende Konto überwiesen werden:

- eigenes Konto     gemeinsames Konto     Fremdkonto

Kontoinhaber/in

Name des Kreditinstitutes

IBAN

BIC

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.

Begründung für die Überweisung auf ein Fremdkonto

Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in

#### 2 Bezug/Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung

- Ich **erhalte** folgende **Leistungen der Pflegeversicherung** (SGB XI) bzw. habe derartige **Leistungen beantragt**:

- Pflegegrad 2     Pflegegrad 3     Pflegegrad 4     Pflegegrad 5
- häusliche/ambulante Pflege (§ 36 SGB XI)
- Pflegegeld (§ 37 SGB XI)
- Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI)
- Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)
- stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)
- vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)
- Pflege in vollstationärer Einrichtung der Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI)
- \_\_\_\_\_

Meine **zuständige Pflegekasse** ist die

- AOK     DAK     BARMER GEK     IKK     \_\_\_\_\_

- Ich **erhalte keine Leistungen** der Pflegeversicherung bzw. habe derartige Leistungen auch **nicht beantragt**.

### 3 Bezug/Beantragung von anderen Sozialleistungen

Ich **erhalte** folgende **andere Sozialleistungen** bzw. habe derartige **Leistungen beantragt**:

**3.1** Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder Gesetzen, die das BVG für entsprechend anwendbar erklären (OEG, IfSG, SVG, ZDG u. a.) oder nach dem UntAbschIG oder dem Anti-DHG

nein

ja, Stelle/Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**3.2** Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII)

nein

ja, Stelle/Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**3.3** Leistungen anderer Bundesländer nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit oder als schwerstbehindertes Kind

nein

ja, Stelle/Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

### 4 Aufenthalt in Heimen, Anstalten oder vergleichbaren Einrichtungen

Liegt derzeit eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altenheim, Rehabilitationseinrichtung o. Ä.) vor oder ist eine solche Unterbringung beabsichtigt?

nein

ja → Falls eine Heimunterbringung vorliegt, bitte nachfolgende Bestätigung ausfüllen.

- durch die Einrichtung auszufüllen -							
<p>Hiermit wird bestätigt, dass bei</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%; border: none;">Zu- und Vorname</td> <td style="width: 30%; border: none;">Geburtsdatum</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> </table>				Zu- und Vorname	Geburtsdatum	_____	_____
Zu- und Vorname	Geburtsdatum						
_____	_____						
<p>eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altenheim, Rehabilitationseinrichtung o. Ä.) vorliegt oder eine solche Unterbringung beabsichtigt ist.</p>							
Name und Anschrift der Einrichtung:		Art der Einrichtung:					
seit/ab:	Name und Anschrift des öffentlich-rechtlicher Kostenträgers des Aufenthalts:	<p>Die <b>Kosten des Aufenthalts</b> werden</p> <p><input type="checkbox"/> in vollem Umfang</p> <p><input type="checkbox"/> teilweise</p> <p><input type="checkbox"/> nicht</p> <p><b>vom Antragsteller selbst</b> getragen.</p>					
		<p><input type="checkbox"/> Die <b>Pflegeversicherung</b> trägt die Kosten als Leistung zur vollstationären Pflege.</p>					
<p>Die Einrichtung wird <u>regelmäßig jedes</u> Wochenende für einen Aufenthalt zu Hause verlassen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja.   <input type="checkbox"/> Nein, die Einrichtung wird   <input type="checkbox"/> nie   <input type="checkbox"/> selten   <input type="checkbox"/> <u>regelmäßig</u> an _____ Tagen/Monat verlassen.</p>							
<p>Die vorstehenden Angaben werden bestätigt:</p>							
_____		_____					
Datum		Unterschrift, Stempel der Einrichtung					

## 5 Hinweis zum Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Freistaat Sachsen

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 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 Abt. Soziale Leistungen des Sozialamtes der Stadt Chemnitz auf Anfrage.

## 6 Anspruchsvoraussetzungen nach dem EU-Recht

### 6.1 Beschäftigungsverhältnis in Sachsen

*(auszufüllen von Antragstellern mit Wohnsitz im EU-/EWR-Ausland und Beschäftigungsverhältnis in Sachsen)*

nein     ja, in:

*(Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers vorlegen)*

### 6.2 Entsandter (Beschäftigung für ein deutsches Unternehmen im Ausland)

*(auszufüllen von Antragstellern mit Wohnsitz in Sachsen und Beschäftigung im EU-/EWR-Ausland)*

nein     ja, in:

*(Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers vorlegen)*

### 6.3 Ich erhalte im EU-/EWR-Ausland folgende andere Sozialleistungen oder habe diese beantragt:

Leistungen der Kriegsopferversorgung, Gewaltopferversorgung oder andere vergleichbare Leistungen:

nein     ja → *Bewilligungsbescheid beifügen*

Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder vergleichbare Leistungen:

nein     ja → *Bewilligungsbescheid beifügen*

Leistungen des EU-/EWR-Auslandes nach dortigen Bestimmungen wegen Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit oder vergleichbare Leistungen:

nein     ja → *Bewilligungsbescheid beifügen*