LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

| | | |
|---|---|---|
| | **Antrag auf Leistungen für blinde und hochgradig sehbehinderte Menschen nach dem Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose (GHBG)** | |
| | Sie möchten Leistungen für blinde oder hochgradig sehbehinderte Menschen beantragen. Dafür braucht der LWL von Ihnen Informationen und Unterlagen.<br>Bitte füllen Sie dazu diesen Antrag sorgfältig aus.<br><br>Achten Sie bitte auf die Erläuterungen, die an einigen Stellen in Klammern stehen.<br>Bitte lesen Sie auch die Hinweise auf Seite 10.<br><br>Die Angaben sind notwendig, damit der LWL über Ihren Antrag entscheiden kann. Deshalb dürfen Ihre Daten abgefragt werden. Das steht im Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in § 67a Abs. 2 Satz 1. Die Angaben dürfen auch gespeichert und genutzt werden. Dafür muss der LWL das Gesetz beachten (§ 67b Abs. 1 SGB X). | |
| | Welche Leistung möchten Sie beantragen? | ☐ Blindengeld<br>☐ Hilfe für hochgradig Sehbehinderte |
| | **Informationen zu Ihnen (Antragstellerin/Antragsteller)** | |
| 1 | Wie heißen Sie? | Nachname:<br>_____<br>Vorname:<br>_____ |
| 2 | An welchem Datum sind Sie geboren? | |
| 3 | Kreuzen Sie an, was für Sie richtig ist. | ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers |
| 4 | Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?<br><br>(Bitte schicken Sie bei „anderer Staatsangehörigkeit" einen Nachweis über den Aufenthaltsstatus in Kopie, siehe Hinweise Seite 10). | Ich habe<br>☐ die deutsche Staatsangehörigkeit<br>☐ eine andere Staatsangehörigkeit, nämlich:<br>_____ |
| | **Wo und wie wohnen Sie aktuell (Ihre Adresse)?** | |
| 5 | Straße, Hausnummer | |
| 6 | Postleitzahl, Ort | |

| | | |
|---|---|---|
| 7 | Wohnen Sie in einer vollstationären (z. B. Seniorenheim, Pflegeheim, Wohnheim, Internat, Gefängnis) oder ähnlichen Einrichtung oder in einer besonderen Wohnform? | ☐ Nein<br>☐ Ja, ich wohne in folgender Einrichtung:<br>Name und Anschrift:<br>_____<br>_____<br>_____ |
| | Wer trägt die Kosten der Einrichtung: | Kostenträger: _____ |
| | Wo haben Sie gewohnt, bevor Sie in die Einrichtung gezogen sind? | Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)<br>_____<br>_____ |

**Weitere notwendige Informationen von Ihnen (Antragstellerin/Antragsteller)**

8 Bankverbindung - Die Leistung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:
(siehe Hinweise Seite 10)

Kontoinhaber/in: _____

Geldinstitut: _____

IBAN: | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**<u>Erklärung der kontoinhabenden Person:</u>**
Der Anspruch auf Leistungen nach dem GHBG steht nur der/dem Berechtigten zu und endet mit Ablauf des Sterbemonats. Die Leistung wird stets im Voraus eines Monats gezahlt.

Ich ermächtige daher das vorstehende Geldinstitut, mit Wirkung auch meinen Erben und etwaigen Verfügungsberechtigen gegenüber, überzahlte Beträge auf Anforderung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe zurückzuzahlen und Auskünfte zu erteilen, die zur Rückforderung überzahlter Beträge erforderlich sind.

| | | |
|---|---|---|
| 9 | Telefonnummer für Rückfragen: | |
| 10 | E-Mail-Adresse: | |

| | | |
|---|---|---|
| 11 | Bekommen Sie bereits eine finanzielle Leistung aufgrund Ihrer Sehbeeinträchtigung von einer anderen Behörde? Oder haben Sie diese beantragt?<br>(Bitte schicken Sie bei „Ja" einen Nachweis in Kopie, siehe Hinweise Seite 10) | ☐ Nein<br>☐ Ja<br>Welche Behörde zahlt die Leistung bzw. hat die Leistung gezahlt?<br>_____<br>_____<br>_____ |
| 12 | Haben Sie eine rechtliche Betreuung oder eine/n Bevollmächtigte/n?<br>(Bitte schicken Sie bei „Ja" einen Nachweis in Kopie, siehe Hinweise Seite 10)<br><br>Bei Minderjährigen: Angabe zu der/den erziehungsberechtigten Person/en | ☐ Nein<br>☐ Ja, rechtliche Betreuung<br>☐ Ja, Bevollmächtigte/r<br>☐ Erziehungsberechtigte Person/en<br>Vorname, Name:<br>_____<br>Anschrift:<br>_____<br>_____ |
| 13 | Nächste/r Angehörige/r bzw. Vertrauensperson:<br><br>Verwandtschaftsverhältnis/Beziehung zur/zum Berechtigten: | Name und Anschrift:<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |

| | | |
|---|---|---|
| 14 | Haben Sie eine Schwerbehinderung?<br><br>(Bitte schicken Sie bei „Ja" einen Nachweis in Kopie, siehe Hinweise Seite 10) | ☐ Nein<br>☐ Ja<br>Grad der Behinderung: _____<br>Merkzeichen:<br>☐ aG ☐ Gl<br>☐ B ☐ H<br>☐ Bl ☐ RF<br>☐ G ☐ TBl<br>Ich habe einen Antrag gestellt am:<br>_____ |
| 15 | Hat die Pflegekasse oder Pflegeversicherung bei Ihnen Pflegebedürftigkeit festgestellt?<br><br>(Bitte schicken Sie eine Kopie des Bescheides Ihrer Pflegekasse/ Pflegeversicherung, sobald Ihr Antrag entschieden ist, siehe Hinweise Seite 10) | ☐ Nein, weil<br>☐ ich keinen Antrag gestellt habe.<br>☐ mein Antrag abgelehnt wurde.<br>☐ mein Antrag noch nicht entschieden wurde.<br>☐ Ja, mit folgendem Pflegegrad: _____<br>Name, Anschrift der Kranken-/Pflegekasse:<br>_____<br>_____<br>Versicherungsnummer: _____ |
| 16 | Ist der Grund für Ihre Behinderung ein Unfall, ein Behandlungsfehler, ein Impfschaden, eine Schädigung durch ein Kriegsereignis, den Wehr- oder Zivildienst oder eine Verletzung durch eine andere Person?<br><br>Bestehen/Bestanden Ansprüche gegen den Anderen oder dessen Versicherung? (Bitte schicken Sie bei „Ja" einen Nachweis in Kopie, siehe Hinweise Seite 10) | ☐ Nein<br>☐ Ja<br><br>☐ Nein<br>☐ Ja |

| | | |
|---|---|---|
| 17 | Haben Sie Ansprüche auf andere/weitere Leistungen?<br><br>(Bitte schicken Sie bei „Ja" einen Nachweis in Kopie, siehe Hinweise Seite 10) | ☐ Nein<br>☐ Ja, und zwar nach dem:<br>☐ SGB XIV (Soziale Entschädigung)<br>☐ Opferentschädigungsgesetz (OEG)<br>☐ Infektionsschutzgesetz (IfSG)<br>☐ Soldatenversorgungsgesetz (SVG)<br>☐ SGB VII (Sozialgesetz Buch Siebtes Buch) Leistungen durch einen Unfallversicherungsträger |
| 18 | Erhalten Sie bereits andere finanzielle Leistungen aufgrund Ihrer Sehbeeinträchtigung aus Ihrem Herkunftsland? (Bitte schicken Sie bei „Ja" einen Nachweis in Kopie, siehe Hinweise Seite 10) | ☐ Nein<br>☐ Ja, nämlich:<br>_____ |

**Hier erfahren Sie, welche Pflichten Sie haben**

Der LWL muss prüfen, ob alle Voraussetzungen für eine Leistung vorliegen. Dafür müssen Sie alle Tatsachen angeben, die hierfür wichtig sind. Das können z. B. Angaben zu Art, Dauer, Umfang, Folgen der Erkrankungen/Behinderungen und notwendigen Maßnahmen sein. Dazu können auch Erkrankungen gehören, die Sie früher einmal hatten.

Der LWL kann Ärzte beteiligen, um Ihre Behinderung festzustellen. Das tut er nur, wenn es unbedingt erforderlich ist. Das steht in § 62 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Sie sollen die Untersuchung zulassen.

Wenn der LWL es verlangt, müssen Sie der Erteilung von notwendigen Auskünften durch Dritte zustimmen (§ 60 SGB I). Das wird der LWL aber nur verlangen, wenn Sie nicht selber die Auskünfte geben und/oder Unterlagen vorlegen. Die Leistung, die Sie beantragen oder erhalten, können Sie ganz oder teilweise nicht bekommen, wenn Sie nicht mitwirken (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Solange Sie Leistungen nach dem GHBG erhalten, müssen Sie Änderungen Ihrer persönlichen Verhältnisse - das sind Familien-, Wohn- und Aufenthaltsverhältnisse, Änderung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen (z. B. Augenoperation), Beantragung und Gewährung von Leistungen bei häuslicher Pflege nach dem SGB XI (z. B. Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen) bzw. entsprechende Leistungen einer privaten Pflegeversicherung sowie Leistungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften - sofort und unaufgefordert mitteilen.

Das gilt auch für Ihre Betreuerin/Ihren Betreuer/Bevollmächtigte/n, wenn diese oder dieser Angaben für Sie macht.

Wenn Sie Leistungen nach dem GHBG zu Unrecht erhalten, kann der LWL diese zurückfordern (§§ 45 ff. SGB X). Wenn Sie unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann das strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 Strafgesetzbuch [StGB]).

| | |
|---|---|
| **Der LWL benötigt Ihre Zustimmung, damit andere öffentliche Stellen beteiligt werden können (§§ 22, 117 SGB IX):**<br>Andere öffentliche Stellen sind z. B. Ihre Pflegeversicherung, Inklusionsamt, Jobcenter, Betreuungsbehörde oder Ihr örtliches Sozialamt/Versorgungsamt. Das ist für Sie wichtig, wenn diese Stellen Sie auch unterstützen können. Der LWL sorgt dann dafür, dass Sie diese Unterstützung bekommen.<br>**Sind Sie damit einverstanden, dass der LWL diese Stellen beteiligt?** | ☐ Ja<br>☐ Nein<br>☐ Ja, aber nicht für diese Stelle/n:<br>_____ |

**Hier erklären Sie, dass Sie verstanden haben, welche Pflichten Sie haben**

Diesen Antrag auf Leistungen nach dem GHBG und die Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Ich habe verstanden, welche Pflichten ich habe.

Ich weiß, dass ich verpflichtet bin zur Mitwirkung in diesem Verfahren.
Ich weiß, dass ich die beantragte Leistung ganz oder teilweise nicht erhalte, wenn ich nicht mitwirke oder unvollständige oder unwahre Angaben mache.

Wenn ich Leistungen nach dem GHBG zu Unrecht erhalten habe, muss ich diese zurückzahlen. Wenn ich unvollständige oder unwahre Angaben mache, kann das strafrechtlich verfolgt werden.

Solange ich Leistungen nach dem GHBG erhalte, werde ich Änderungen meiner persönlichen Verhältnisse sofort und unaufgefordert mitteilen.

| | |
|---|---|
| Datum | Unterschrift/en Antragstellerin/Antragssteller, erziehungsberechtigte Person/en |
| Datum | Unterschrift rechtliche Betreuung, Bevollmächtigte/Bevollmächtigter |

Blinde und sehbehinderte Menschen haben nach der Verordnung zur Zugänglichmachung von Dokumenten im Verwaltungsverfahren nach dem Behindertengleichstellungsgesetz NRW einen Anspruch darauf, dass ihnen die Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zugänglich gemacht werden, soweit dies möglich und zur Wahrnehmung eigener Rechte erforderlich ist.

Dokumente des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe werden im Regelfall ausschließlich in schriftlicher Form per Post zugestellt. Falls Sie keine Postzustellung eines Standardbriefes wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit. Die Entscheidung welche Form der Übermittlung gewählt wird, treffen wir dann mit Ihnen zusammen.

Wohin schicken Sie Ihren Antrag?
Sie können den Antrag mit der Post oder elektronisch verschicken, z.B. per Fax oder E-Mail. Bitte schicken Sie Ihren Antrag an die folgende Adresse:

**Postanschrift**
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Inklusionsamt Soziale Teilhabe
48133 Münster

**Elektronisch**
Fax: 0251/591-276
E-Mail: Post-soziales@lwl.org

**Hinweise**
**zum Schutz Ihrer persönlichen Daten gemäß Art. 13 und 14 EU-Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO)**

Hier erfahren Sie, wie Ihre Daten vom LWL behandelt werden.

**1. Zweckbestimmung, Empfänger und Rechtsgrundlagen**

Wenn Sie einen Antrag auf Hilfen nach dem GHBG stellen, werden Daten über Ihre persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse erhoben. Es werden nur die Daten erhoben, die zur Entscheidung über die von Ihnen beantragte Leistung benötigt werden. Wenn ärztliche Unterlagen oder Auskünfte von Banken benötigt werden, werden diese von den Ärzten oder Banken nur angefordert, wenn Sie ausdrücklich zugestimmt haben. Dann werden Sie nach einer Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht oder zur Befreiung vom Bankgeheimnis gefragt. Sie können die Zustimmung auch widerrufen.

Es steht im Gesetz, dass der LWL diese personenbezogenen Daten verarbeiten darf (§§ 67 ff. SGB X und Art. 6 Abs. 1 c) und e) sowie Abs. 2 Datenschutz-Grundverordnung [DSGVO]). Sozialdaten dürfen an oder von Stellen übermittelt werden, die Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch wahrnehmen. Welche Stellen das sind, steht in § 35 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Darüber hinaus werden Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermittelt
(z. B. Sozialversicherungsträger, Strafverfolgungsbehörden, Gerichte), wenn der LWL dazu gesetzlich verpflichtet ist.

Sollte der LWL Ihre personenbezogenen Daten für einen nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden Sie darüber vorher informiert.

**2. Speicherdauer der personenbezogenen Daten**

Sechs Jahre nach Wegfall des Verarbeitungszwecks müssen Ihre Daten gelöscht werden.

**3. Ihre Betroffenenrechte**

- Sie können jederzeit Auskunft bekommen über Ihre gespeicherten und verarbeiteten personenbezogenen Daten (Artikel 15 DSGVO in Verbindung mit § 83 SGB X).
- Wir müssen falsch hinterlegte personenbezogene Daten korrigieren (Artikel 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Sie können jederzeit Ihre Einwilligungen zur Datenverarbeitung widerrufen (Artikel 7 Abs. 3 DSGVO).

Die Betroffenenrechte können hier geltend gemacht werden:

**LWL-Inklusionsamt Soziale Teilhabe**
**Referat 1.1**
**Warendorfer Str. 26 - 28**
**48145 Münster**

**Ich bestätige, dass ich die Hinweise zum Schutz meiner persönlichen Daten zur Kenntnis genommen habe**.

| | |
|---|---|
| Datum | Unterschrift/en Antragstellerin/Antragssteller, erziehungsberechtigte Person/en |
| Datum | Unterschrift rechtliche Betreuung, Bevollmächtigte/Bevollmächtigter |

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

## Hinweise

**Welche Nachweise müssen Sie schicken?**

Wenn Sie bei **Zeile 4, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 17 und 18** ein „Ja“ angekreuzt haben, schicken Sie bitte einen Nachweis. Hier können Sie ankreuzen, welche Nachweise Sie beifügen.

☐ **Zeile 4: Sie sind ausländische Mitbürgerin – ausländischer Mitbürger?**
Der LWL benötigt einen Nachweis über Ihren aufenthaltsrechtlichen Status. Sie können eine Kopie Ihres Passes oder Passersatzes schicken oder eine Bescheinigung des Ausländeramtes.

☐ **Zeile 8: Sie oder Ihr gesetzlicher Vertreter sind nicht der Kontoinhaber?**
Der LWL benötigt dann noch zusätzlich eine Fremdkontoerklärung. Bei gemeinsamen Konten von Eheleuten ist diese Erklärung nicht erforderlich. Postbarzahlungen sind aus kassentechnischen Gründen nicht möglich.

☐ **Zeile 11: Sie haben bereits eine finanzielle Leistung aufgrund Ihrer Sehbeeinträchtigung erhalten?**
Der LWL benötigt eine Kopie des Bescheides oder des Nachweises

☐ **Zeile 12: Sie haben eine rechtliche Betreuung oder Jemanden bevollmächtigt?**
Der LWL benötigt eine Kopie der Bestellungsurkunde vom Gericht oder eine entsprechende Vollmacht.

☐ **Zeile 14: Bei Ihnen liegt eine Schwerbehinderung vor?**
Der LWL benötigt den Schwerbehindertenausweis und den Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes in Kopie.

☐ **Zeile 15: Ihre Pflegekasse/Pflegeversicherung hat einen Pflegegrad festgestellt?**
Der LWL benötigt eine Kopie des Bescheides der Pflegekasse/Pflegeversicherung.

☐ **Zeile 16: Eine andere Person hat Schuld an Ihrer Behinderung?**
- Der LWL muss wissen, welche Person die Behinderung verursacht hat oder haben könnte (Name und Adresse).
- Gab oder gibt es ein Strafverfahren bei der Staatsanwaltschaft? Dann benötigt der LWL das Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft.
- Haben oder hatten Sie bereits mit einer Versicherung Kontakt oder schon Leistungen von einer Versicherung bekommen? Dann schicken Sie bitte einen Nachweis/Schreiben Ihrer Versicherung.

☐ **Zeile 17 und 18: Sie haben Ansprüche auf weitere Leistungen?**
Der LWL benötigt eine Kopie des Bescheides oder des Nachweises.

**Vergessen Sie nicht, den Antrag auf den Seiten 6 und 9 zu unterschreiben. Damit bestätigen Sie, dass alles richtig ist, was Sie geschrieben haben. Haben Sie eine rechtliche Betreuung? Dann kann auch Ihre rechtliche Betreuung unterschreiben.**