

Eingangsstempel

Stadt Ludwigshafen am Rhein
Soziales und Wohnen
Europaplatz 1
67063 Ludwigshafen

textfeld

Telefon: 0621 504-0
Telefax: 0621 504-2703 / -2770
Abgesendet von:

Familiennamen	
Vorname(n)	
Straße	Haus-Nr.
PLZ	Ort
Telefon	
E-Mail	

Antrag auf die Gewährung von Landesblindengeld nach dem Landesblindengesetz Rheinland Pfalz (LBlindenGG)

Antragsteller/in

Name		Vorname		Geburtsname	
Straße		Hausnummer	PLZ	Wohnort	
Geburtsdatum	Geburtsort			Familienstand	

Gesetzliche Vertretung, Vormund, Betreuer/in (ggf. Vollmacht beifügen)

Name		Vorname		Wirkungskreis (Bestellung beifügen)	
Straße		Hausnummer	PLZ	Wohnort	

Ursache der Behinderung:

Geburt Unfall Krankheit

Behandelnder Arzt

Name	Anschrift
------	-----------

Falls eine teilstationäre Einrichtung besucht wird (z.B. Sonderkindergarten, Werkstatt für Behinderte, Tagesbetreuungsstelle etc.)

Name und Anschrift der Einrichtung

Liegt ein Schwerbeschädigtenausweis vor? ja (Kopie beifügen) nein
Werden Pflegeleistungen bezogen? ja (Kopie beifügen) nein

Bankverbindung

Kontoinhaber/in		
Bankinstitut	Bankleitzahl	Kontonummer

Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Hiermit entbinde ich die mich bzw. den vorgenannten Schwerbehinderten bisher behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit ärztliche Stellungnahmen im Rahmen der Feststellung der Ansprüche auf Landesblindengeld notwendig sind.

Blinde Menschen oder ihre gesetzlichen Vertreterinnen oder Vertreter haben jede Änderung der Umstände, welche für die Leistung des Blindengelds maßgeblich sind, der nach § 10 Abs. 1 zuständigen Behörde - hier der Stadtverwaltung Ludwigshafen - mitzuteilen. Dies gilt insbesondere für Änderungen des Sehvermögens oder des gewöhnlichen Aufenthaltes, für die Aufnahme in eine Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim etc.) und dem Bezug von Pflegeleistungen (§ 8 LBlindenGG).

Ort

Datum

Unterschrift