

An das Zentrum Bayern Familie und Soziales - Region

Aktenzeichen

Eingangsstempel des Zentrums Bayern Familie und Soziales
--

Antrag auf Taubblindengeld

nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz (BayBlindG)

- Zusatzfragebogen

nur in Verbindung mit einem Antrag auf Blindengeld –

Eingangsstempel der Gemeinde/ Behörde

Angaben zur Person

Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen

Zu- und Vorname		
Geburtsdatum	Geburtsort	Kreis, Land

Angaben über Feststellungen nach dem Schwerbehindertenrecht

Wünschen Sie, dass wegen Ihrer Taubheit bzw. Schwerhörigkeit auch ein Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX) zur Ausstellung oder Änderung eines Ausweises eingeleitet wird?

ja nein

Ein Verfahren läuft bereits unter dem Az.

Angaben über HNO-ärztliche Behandlungen

➔ Bitte fügen Sie die Ihnen vorliegenden HNO-ärztlichen Unterlagen bei. ←

Diese Unterlagen sollen regelmäßig nicht älter als fünf Jahre sein.

Ärztliche Behandlung wegen der Taubheit bzw. Schwerhörigkeit		
Name des behandelnden HNO-ärztlichen Fachpersonals / Krankenhauses	Anschrift	zuletzt am
Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Behinderteneinrichtung) befinden sich weitere die Taubheit bzw. Schwerhörigkeit betreffende Unterlagen?		
Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen	

Angaben über den Bezug oder die Beantragung von sonstigen Leistungen

8 Erhalten Sie wegen Taubheit oder Schwerhörigkeit bzw. zum Ausgleich dadurch bedingter Mehraufwendungen Leistungen von anderen Stellen?

NEIN **JA**, und zwar

- nach dem BVG oder den Gesetzen, die seine entsprechende Anwendung vorsehen
- aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlichen Unfallfürsorge
- aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge
- entsprechende Leistungen aus Sicherungs- und Versorgungssystemen anderer EU-Länder
- Gehörlosengeld oder vergleichbare Leistung anderer Bundesländer und anderer EU-Länder
- aus zivilrechtlichen oder sonstigen Ansprüchen



Wenn möglich, fügen Sie bitte eine Kopie des Bewilligungsbescheides bei oder geben Sie an:

Stelle	Aktenzeichen
--------	--------------

Haben Sie eine derartige Leistung beantragt?

NEIN **JA**,
und zwar

Leistungsart	bei	Stelle
--------------	-----	--------

Erklärung der antragstellenden Person

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

bei Vertretung: als gesetzliche Vertretung als bevollmächtigte Vertretung
→ bitte Vollmacht beifügen!

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Informationen zum Taubblindengeld in Bayern

(Ergänzung zum allgemeinen Informationsblatt zum Blindengeldantrag)

Taubblind bzw. taubsehbehindert ist ein blinder bzw. hochgradig sehbehinderter Mensch mit einem Hörverlust von mindestens 80 %.

Vorübergehende Seh- und Hörstörungen sind nicht zu berücksichtigen. Als vorübergehend gilt ein Zeitraum bis zu sechs Monaten.

Taubblinde Menschen erhalten ein Blindengeld in Höhe des doppelten Blindengeldbetrags, taubsehbehinderte Menschen erhalten ein Blindengeld in Höhe des doppelten Blindengeldes für hochgradig sehbehinderte Menschen.

Die Kürzungsvorschriften bei Heimunterbringung, die Anrechnungsregeln beim Bezug von Pflegeleistungen sowie die Ausschlussstatbestände des Art. 3 BayBlindG gelten auch für die Prüfung des Anspruchs auf Taubblindengeld.