

Antrag

auf Gewährung von Blindengeld nach dem Thüringer Blindengeldgesetz (ThürBlGG)

Aktenzeichen

Landratsamt Weimarer Land
Sozialamt
Wohngeldstelle
Bahnhofstraße 28
99510 Apolda

Eingangsstempel

Ihre Ansprechpartner:	Unsere Sprechzeiten:
Frau Kasper: ☎ 03644/540-747	Montag: 9.00 Uhr – 12.00 Uhr
Frau Michel: ☎ 03644/540-748	Dienstag: 9.00 Uhr – 12.00 Uhr und 13.00 Uhr – 15.30 Uhr
Telefax: 03644/540-850	Mittwoch: geschlossen
E-Mail: WG@iraap.thueringen.de	Donnerstag: 9.00 Uhr – 12.00 Uhr und 13.00 Uhr – 18.00 Uhr
	Freitag: geschlossen

Angaben zur Person

- Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen -

1.

Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname	Geburtsdatum
-----------------------------------	--------------

2. Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

3. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt: in Thüringen außerhalb Thüringens

Straße, Haus-Nr.:	
Postleitzahl, Ort:	Kreis:
tagsüber telefonisch erreichbar unter:	/

4. Staatsangehörigkeit: _____

5. Vertretung

Ehepartner/gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter/ Betreuer/Verwandte in gerader Linie - Unzutreffendes bitte streichen, Bitte Nachweise beifügen - Anschrift:	Zu- und Vorname Tel.-Nr.: /
--	---

Angaben über Ursache der Behinderung

6. Die Erblindung/Sehbehinderung ist zurückzuführen auf

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> angeborene Behinderung | <input type="checkbox"/> Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall | <input type="checkbox"/> Berufskrankheit |
| <input type="checkbox"/> sonstigen Unfall | <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung (z. B. altersbedingt) |

Antrag
auf Gewährung von Blindengeld nach dem Thüringer Blindengeldgesetz (ThürBlGG)

-3-

11. Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen befinden sich weitere, die Blindheit betreffende Unterlagen?

Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen

Angaben über Aufenthalt in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung

12. Liegt eine Unterbringung oder ein Aufenthalt in einem Heim, einer Anstalt oder einer gleichartigen Einrichtung (z. B. Alters-/Pflegeheim, Blindenschule, Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung) vor?

ja

seit:	Einrichtung:
PLZ/Ort:	Telefon: /

 nein

Wer trägt die Kosten?

Letzter Wohnsitz vor Heimeintritt: Straße/Haus-Nr.:
 PLZ/Ort:
 Bundesland:

13. Erklärung des Antragstellers

13.1 Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung der Behinderung, des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts, den Entzug der Aufenthaltserlaubnis bzw. -berechtigung und den Bezug einer gleichartigen Leistung werde ich dem Landratsamt Weimarer Land unverzüglich unter Vorlage entsprechender Nachweise mitteilen.

Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben bzw. das Verschweigen von Änderungen strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangenes Blindengeld zurückerstattet werden muss.

13.2 An Unterlagen sind beigefügt:

Vorhandene Erblindungsnachweise
(z. B. Bescheid, ärztliche Unterlagen)

Betreuungsausweis

Vollmacht

.....

....., den

.....
Unterschrift des Antragstellers bzw. Vertreters gem. Pkt. 5