

Antrag auf Blindengeld

Gz. _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ in _____

Anschrift _____

Familienstand _____ Telefon _____

Staatsangehörigkeit _____ Aufenthaltsstatus _____

Gewöhnlicher Aufenthalt in Hamburg seit _____

Konto bei _____

IBAN: _____ BIC: _____

Gesetzl. Betreuer / Bevollmächtigter _____

Personalien Angehörige _____

Pflegeversicherung bei _____ PG I PG II PG III PG IV PG V

Stationäre Unterbringung _____

Behinderung _____ GdB/GdS _____

Festgestellte Merkmale G B aG H BI TBI H GI AF

Ausgewiesen durch / Ausweis Nr. _____

Ausgestellt am / in _____ Gültig bis _____

Haben Sie bei anderen Trägern Leistungen wegen Blindheit beantragt, über die noch nicht entschieden ist ja Wann? _____ Wo? _____ Nein

Erhalten Sie Leistungen wegen Blindheit?

	Nein	Ja	Bescheid von und Datum	Aktenzeichen	Höhe in EUR/Monat
Blindenhilfe nach § 72 SGB XII					
Berufsgenossenschaft					
Bundesversorgungsgesetz / Anwendungsgesetz (bitte Gesetz nennen)					
Sonstige Leistungen (auch privat)					

Vorgelesen und genehmigt:

Datum

Unterschrift

Eigenhändige Unterschrift wird bestätigt: