

# Antrag auf Gewährung von Blindengeld

nach dem Gesetz über das Blinden- und Gehörlosengeld  
im Land Sachsen-Anhalt



SACHSEN-ANHALT

Landesverwaltungsamt  
Versorgungsamt-  
Schwerbehindertenrecht

Eingangsstempel

Aktenzeichen

## Hinweis:

Der Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn Sie die Fragen sorgfältig und vollständig beantworten bzw. ankreuzen und wenn Sie die erforderlichen Belege beifügen.

## 1. Anspruchsberechtigte(r) (für die / den die Leistung beantragt wird)

1.1	Name
1.2	Geburtsname
1.3	Vorname
1.4	Geburtsdatum
1.5	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> keine Angabe
1.6	Wohnort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
1.7	evtl. weitere Wohnsitze (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
1.8	Telefon (einschl. Vorwahl)
1.9	E-Mail-Adresse

1.10 Staatsangehörigkeit

deutsch  EU- / EWR-Staat  Schweiz

folgende andere Staatsangehörigkeit:

Staatsangehörigkeit

Sofern Sie nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen und nicht EU-Angehörige(r) oder Staatsangehörige(r) der Schweiz, von Island, Lichtenstein oder Norwegen sind, fügen Sie bitte eine amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt bei (Aufenthaltstitel).

Üben Sie eine Beschäftigung / selbständige Tätigkeit aus:

ja, in Sachsen-Anhalt  ja, in einem anderen Bundesland

ja, im Ausland  nein

1.11 vertreten durch Bitte Bevollmächtigung oder Betreuungsverhältnis nachweisen.

Ehegatte / Ehegattin  eingetragene Lebenspartner

gesetzlicher Vertreter(in)  Betreuer(in)

Bevollmächtigte(r)

Name

Vorname

Wohnort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefon (einschl. Vorwahl)

E-Mail-Adresse

## 2. Bankverbindung

2.1	Name des Geldinstitutes		
2.2	IBAN		
2.3	BIC		
2.4	Kontoinhaber(in)  <input type="checkbox"/> Anspruchsberechtigte(r)  <input type="checkbox"/> nicht Anspruchsberechtigte(r), sondern:  <table border="1" data-bbox="341 775 1458 898"><tr><td>Name</td></tr></table> <table border="1" data-bbox="341 911 1458 1034"><tr><td>Vorname</td></tr></table>	Name	Vorname
Name			
Vorname			
2.5	<b>Einverständniserklärung Fremdkonto</b>  Soll das Blindengeld nicht auf das Konto des Anspruchsberechtigten gezahlt werden, ist die nachfolgende Einverständniserklärung des / der Anspruchsberechtigten auszufüllen.  Ich bin damit einverstanden, dass die mir zustehende Leistung auf das unter Pkt. 2.1 bis 2.4 angegebene Fremdkonto überwiesen wird.  <p style="text-align: right;">_____ eigenhändige Unterschrift der / des Anspruchsberechtigten</p>		
2.6	<b>Erklärung des Fremdkontoinhabers / der Fremdkontoinhaberin</b>  Der / Die Unterzeichnende verpflichtet sich hierdurch, Tatsachen, die einer Weiterzahlung des Blindengeldes an den Blindengeldempfänger / die Blindengeldempfängerin entgegenstehen (z.B. Ableben, Aufenthaltswechsel) unverzüglich dem Landesverwaltungsamt mitzuteilen.  Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber meinen Erben überzahlte Beiträge zurück zu erstatten.  <p style="text-align: center;">_____ Ort, Datum</p> <p style="text-align: right;">_____ eigenhändige Unterschrift des Fremdkontoinhabers / der Fremdkontoinhaberin</p>		

### 3. Aufenthalt

3.1	<b>Aufenthalt in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung</b>  Der / die Berechtigte befindet sich in einem Heim oder in einer gleichartigen Einrichtung (z.B. Senioren-, Behinderten-, Pflegeheim, Einrichtung der schulischen oder beruflichen Bildung, Justizvollzugseinrichtung auch im Falle des Maßregelvollzugs)  <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> geplant ab: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Datum</td></tr></table> <input type="checkbox"/> Ja  Wenn ja, letzter Wohnort vor Eintritt in das Heim / die gleichartige Einrichtung: <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort</td></tr></table>	Datum	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort				
Datum							
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort							
3.2	<b>Name und Anschrift des Heimes / der gleichartigen Einrichtung</b> <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>Name des Heimes / der gleichartigen Einrichtung</td></tr></table> <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>Anschrift des Heimes / der gleichartigen Einrichtung</td></tr></table>	Name des Heimes / der gleichartigen Einrichtung	Anschrift des Heimes / der gleichartigen Einrichtung				
Name des Heimes / der gleichartigen Einrichtung							
Anschrift des Heimes / der gleichartigen Einrichtung							
3.3	<b>Kosten des Aufenthaltes</b>  Bitte anliegende Bescheinigung über die Höhe der Unterbringungskosten vom Heimträger ausfüllen lassen.  Die Kosten werden wie folgt bestritten: <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> Antragsteller / in Höhe von monatlich</td><td style="text-align: right;">Euro</td></tr></table> <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> Unterhaltspflichtige Dritte in Höhe von monatlich</td><td style="text-align: right;">Euro</td></tr></table> <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> Sozialleistungsträger (z.B. Pflegekasse) in Höhe von monatlich</td><td style="text-align: right;">Euro</td></tr></table> Bitte Kopie des Leistungsbescheides beifügen.	<input type="checkbox"/> Antragsteller / in Höhe von monatlich	Euro	<input type="checkbox"/> Unterhaltspflichtige Dritte in Höhe von monatlich	Euro	<input type="checkbox"/> Sozialleistungsträger (z.B. Pflegekasse) in Höhe von monatlich	Euro
<input type="checkbox"/> Antragsteller / in Höhe von monatlich	Euro						
<input type="checkbox"/> Unterhaltspflichtige Dritte in Höhe von monatlich	Euro						
<input type="checkbox"/> Sozialleistungsträger (z.B. Pflegekasse) in Höhe von monatlich	Euro						

### 4. Ursachen des Gesundheitsschadens

	<b>Der Gesundheitsschaden ist ursächlich bedingt:</b>  <input type="checkbox"/> durch Krankheit <input type="checkbox"/> durch einen Unfall  <input type="checkbox"/> infolge Schädigung durch einen Dritten
--	--

## 5. Leistungen nach anderen gesetzlichen Vorschriften

### 5.1 Art der Leistung

Beziehen Sie eine der folgenden Leistungen oder haben diese beantragt?

Ja     Nein

Wenn ja, kreuzen Sie bitte an, um welche der nachfolgend aufgeführten Leistungen es sich handelt:

Leistungen der Pflegekasse /  
privaten Pflegeversicherung:      

Pflegegrad
------------

monatl. Höhe in Euro
----------------------

Blindengeld nach anderem Blindengeldgesetz  
(Bitte Kopie des Einstellungsbescheides beifügen.)      

monatl. Höhe in Euro
----------------------

Entschädigungsleistungen nach dem Bundesversor-  
gungsgesetz (BVG) oder nach Gesetzen, die das BVG  
für anwendbar erklären      

monatl. Höhe in Euro
----------------------

  
z.B. Opferentschädigungsgesetz (OEG), Infektions-  
schutzgesetz (IfSG), Häftlingshilfegesetz (HHG),  
Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG)

Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung  
nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII)      

monatl. Höhe in Euro
----------------------

Pflegegeld nach § 64 des Zwölften Buches  
Sozialgesetzbuch (SGB XII)      

monatl. Höhe in Euro
----------------------

sonstige Leistungen wegen Ihrer Sehbehinderung /  
Blindheit      

monatl. Höhe in Euro
----------------------

Blindenhilfe nach § 72 SGB XII      

monatl. Höhe in Euro
----------------------

5.2	Angaben zur Pflegekasse / Krankenkasse						
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #e6f2ff;">Name der Pflegekasse / Krankenkasse</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e6f2ff;">Anschrift der Pflegekasse / Krankenkasse</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e6f2ff;">Versichertennummer</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> </tr> </table>	Name der Pflegekasse / Krankenkasse		Anschrift der Pflegekasse / Krankenkasse		Versichertennummer	
Name der Pflegekasse / Krankenkasse							
Anschrift der Pflegekasse / Krankenkasse							
Versichertennummer							
Es ist hilfreich, wenn Sie dem Antrag eine Ablichtung des derzeit gültigen Leistungsbescheides beifügen.							

**6. Angaben zum Schwerbehindertenfeststellungsverfahren nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)**

6.1	Feststellungsbescheid / Schwerbehindertenausweis								
	<p>Ich bin im Besitz eines Feststellungsbescheides nach dem SGB IX und / oder eines Schwerbehindertenausweises:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja,</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; background-color: #e6f2ff;">Bescheid vom</td> <td style="background-color: #e6f2ff;">ausstellende Behörde</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td style="height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e6f2ff;">Aktenzeichen</td> <td style="height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td style="height: 30px;"></td> </tr> </table>	Bescheid vom	ausstellende Behörde			Aktenzeichen			
Bescheid vom	ausstellende Behörde								
Aktenzeichen									
6.2	Merkzeichen „Bl“								
	<p>Wurde das Merkzeichen „Bl“ zuerkannt?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein</p>								
6.3	Hochgradige Sehbehinderung								
	<p>Wurde eine hochgradige Sehbehinderung mit einem Grad der Behinderung von 100 zuerkannt?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein</p>								
6.4	Antrag auf Feststellung von Behinderungen								
	<p>Haben Sie einen Antrag auf Feststellung von Behinderungen nach dem Sozialgesetzbuch IX und / oder Zuerkennung des Merkzeichens „Bl“ gestellt, über den bislang nicht entschieden wurde?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; background-color: #e6f2ff;">ausstellende Behörde</td> <td style="height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e6f2ff;">Aktenzeichen</td> <td style="height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td style="height: 30px;"></td> </tr> </table>	ausstellende Behörde		Aktenzeichen					
ausstellende Behörde									
Aktenzeichen									

## 7. Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. Änderungen in den Verhältnissen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

bei Vertretung:

- als gesetzlicher Vertreter oder gerichtlich bestellter Betreuer  
(bitte ggf. Betreuungsausweis in Kopie beifügen)
- als Bevollmächtigter (bitte Vollmacht beifügen)

## 8. Anlagen

Als Anlagen füge ich diesem Antrag bei:

- Kopie des Feststellungsbescheides des Landesverwaltungsamt  
Sachsen-Anhalt / oder einer anderen Behörde
- Bescheinigung der Meldebehörde
- Vollmacht
- Betreuungsnachweis
- Erklärung zu Leistungen Dritter, die auf das Blindengeld anrechenbar sind  
(z.B. Pflegegeldbescheid)

## 9. Hinweis

Die ordnungsgemäße Angabe aller erfragten Daten ist hilfreich, um die zügige Bearbeitung des Antrages zu gewährleisten.

Nicht zuletzt ist derjenige, der eine Sozialleistung beantragt, zur Auskunft verpflichtet. Anderenfalls kann die Leistung versagt werden (§§ 60 Abs. 1, 66 Abs. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)).

## Datenschutzhinweise

**Die Angaben in diesem Formular benötigen wir**, um Ihren Antrag auf Gewährung von Blindengeld nach dem Blinden- und Gehörlosengeld des Landes Sachsen-Anhalt zu bearbeiten.

**Ihre Angaben sind freiwillig.** Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, können wir Ihren Antrag aber möglicherweise nicht richtig bearbeiten. Das könnte dazu führen, dass die Gewährung von Blindengeldleistungen nicht in der richtigen Höhe festgestellt wird.

**Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir in elektronischer Form.**

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung (Erhebung, Speicherung, Veränderung, Nutzung, Übermittlung, Löschung) sind die Paragraphen 67a - 67c des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGBX) in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X sowie die von Ihnen erteilte Einwilligung zur Datenerhebung und die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.

Zur Bearbeitung Ihres Antrages werden wir andere Personen und Stellen um Übermittlung von Daten bitten, ggf. werden wir Ärzte und sonstigen Stellen, die Sie in diesem Antrag angegeben haben, anschreiben und sie um Übersendung von Unterlagen über Ihre Sehbehinderung bitten.

Wer Sozialleistungen beantragt, hat gemäß § 60 Abs. 1 Nr. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB 1) alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Kommt derjenige, der Sozialleistungen beantragt, seinen gesetzlich vorgeschriebenen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann das Landesverwaltungsamt nach § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB 1 ohne weitere Ermittlungen die beantragte Gewährung von Blindengeldleistungen ganz oder teilweise versagen, soweit die Voraussetzungen für die Feststellung nicht nachgewiesen sind.



### **Sie haben folgende Rechte:**

- Sie können von uns Auskunft über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns eine kostenlose Kopie dieser Daten verlangen.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu berichtigen, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu vervollständigen, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu löschen, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten einzuschränken. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit widerrufen. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundenene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.

Sie können sich beim Landesbeauftragten für den Datenschutz des Landes Sachsen-Anhalt beschweren.

Für dieses Formular ist das Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt (LVwA S.-T.) verantwortlich.

Sie können auf den folgenden Wegen mit dem LVwA S.-T. Kontakt aufnehmen:

- mit der Post: Landesverwaltungsamt, Referat Versorgungsamt - Schwerbehindertenrecht, 06096 Halle (Saale) oder F 1963, 39009 Magdeburg
- per Telefon Halle: (03 45) 514 0 oder Magdeburg: (03 91) 567 0
- per E-Mail: [poststelle@lvwa.sachsen-anhalt.de](mailto:poststelle@lvwa.sachsen-anhalt.de)

Mit dem behördlichen **Datenschutzbeauftragten** des LVwA S.-T. können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

- per Post: Landesverwaltungsamt, Datenschutzbeauftragter, 06096 Halle (Saale)
- per E-Mail: [poststelle@lvwa.sachsen-anhalt.de](mailto:poststelle@lvwa.sachsen-anhalt.de) (bitte im Betreff „Datenschutzbeauftragter“ angeben)

**Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen.**

## **Zur Beantragung von Landesblindengeld nach dem Gesetz über das Blinden- und Gehörlosengeld im Land Sachsen-Anhalt (LBliGG)**

### **1. Angaben zum gewöhnlichen Aufenthalt**

Blindengeld erhalten Blinde, den Blinden gleichgestellte Personen sowie hochgradig Sehbehinderte, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Land Sachsen-Anhalt haben.

Zusätzlich können auch Blinde und Gehörlose aus den anderen Staaten der Europäischen Union, den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz, sowie Hilfskräfte der Europäischen Union anspruchsberechtigt auf Leistungen nach dem LBliGG sein.

### **2. Gesundheitliche Voraussetzungen zur Gewährung von Landesblindengeld**

Neben den Blinden erhalten gem. § 1 Abs. 2 LBliGG auch den Blinden gleichgestellte Personen Blindengeld.

Voraussetzung hierfür ist,

- dass die Sehschärfe auf dem besseren Auge nicht mehr als 1/50 beträgt oder
- dass nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens vorliegen, die der Sehschärfe von 1/50 und weniger auf dem besseren Auge gleich zu achten sind.
- Blindengeld für hochgradige Sehbehinderung erhalten Personen mit einem Sehvermögen von 1/20 und weniger.

Als vorübergehend gilt ein Zeitraum von bis zu 6 Monaten.

**Hinweis:** Der Nachweis über das Vorliegen von Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung ist durch einen Feststellungsbescheid nach § 152 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) zu erbringen.

### **3. Höhe des Blindengeldes**

Das Blindengeld beträgt nach § 1 Abs. 4 LBliGG ab dem 01.01.2019 monatlich 360 €, für Minderjährige 250 €. Für eine hochgradige Sehbehinderung wird Blindengeld in Höhe von monatlich 52 € gewährt. Darüber hinaus werden die Leistungen jeweils zum Juli entsprechend dem aktuellen Rentenwert der gesetzlichen Rentenversicherung angepasst, erstmals zum 1. Juli 2020.

### **4. Anrechnung von gleichartigen Leistungen**

Gemäß § 2 Abs. 1 LBliGG sind wegen Blindheit gewährte gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften auf das Landesblindengeld anzurechnen.

Nach § 2 Abs. 2 LBliGG sind Leistungen nach dem SGB XI bei häuslicher Pflege auf das Blindengeld anzurechnen.

Nach § 2 Abs. 3 LBliGG sind Leistungen aus der privaten Pflegeversicherung in gleicher Höhe wie Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung anzurechnen. Dies gilt auch für entsprechende Leistungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften.

### **5. Antragstellung bei Wohnortwechsel**

Sofern Sie bereits Blindengeld von einem anderen Bundesland erhalten/erhielten und Sie aufgrund eines Wohnortwechsels Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in das Land Sachsen-Anhalt verlegt haben, wird um Übersendung einer Kopie des Einstellungsbescheides gebeten.

## 6. Aufnahme in ein Heim oder eine gleichartige Einrichtung

Gemäß § 3 Abs. 1 LBliGG vermindert sich das Blindengeld nach § 1 Abs. 1 und 2 Satz 1 Nrn. 1 und 2 und Abs. 4 Satz 1 erster Teilsatz auf die Hälfte, solange der Berechtigte sich in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung aufhält, es sei denn, dass die Kosten dieses Aufenthaltes überwiegend von ihm oder einem nach bürgerlichem Recht unterhaltspflichtigen Dritten getragen werden. Satz 1 gilt nicht für stationäre Einrichtungen zur schulischen und beruflichen Ausbildung. Die Kürzung gilt für jeden vollen Kalendermonat. Sie gilt ab dem ersten Tag des Folgemonats, der auf den Eintritt in die Einrichtung folgt.

Nach § 3 Abs. 2 LBliGG vermindert sich das Blindengeld nach § 1 Abs. 1 und 2 Satz 1 Nrn. 1 und 2 und Abs. 4 Satz 1 erster Teilsatz um die Hälfte für die Dauer der Verbüßung einer freiheitsentziehenden Maßnahme aufgrund rechtskräftiger Verurteilung durch ein deutsches Gericht oder für die Zeit einer gerichtlich angeordneten Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung der Jugendhilfe oder einer vergleichbaren Einrichtung.

Die Kürzung gilt für jeden vollen Kalendermonat. Sie gilt ab dem ersten Tag des Folgemonats, der auf den Eintritt in die Einrichtung folgt.

Abs. 3 des § 3 LBliGG besagt, dass für jeden vollen Tag vorübergehender Abwesenheit von der Einrichtung nach Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 die Leistung in Höhe von je einem Dreißigstel des Betrages nach § 1 Abs. 4 Satz 1 erster Teilsatz gewährt wird, wenn die vorübergehende Abwesenheit länger als sechs voll zusammenhängende Tage dauert; der Betrag nach Abs. 1 Satz 1 oder Abs. 2 Satz 1 wird im gleichen Verhältnis gekürzt.

## 7. Blindenhilfe

Im Gegensatz zum Blindengeld nach dem LBliGG welches unabhängig von Einkommen und Vermögen gewährt wird, ist die Blindenhilfe eine Sozialhilfeleistung, die einkommens- und vermögensabhängig gewährt wird.

Nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XII ist Blinden zum Ausgleich der durch die Blindheit bedingten Mehraufwendungen Blindenhilfe zu gewähren, soweit sie keine gleichartigen Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten. Sofern Leistungen nach dem LBliGG bezogen werden, sind diese auf die Blindenhilfe anzurechnen.

Des Weiteren sind gem. § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB XII Leistungen bei häuslicher Pflege nach dem SGB XI mit bis zu 70 v.H. auf die Blindenhilfe anzurechnen.

**Einkommens- und vermögensschwache Personen haben die Möglichkeit, zusätzlich zu den Leistungen für Blindheit nach dem LBliGG Blindenhilfe nach § 72 SGB XII im zuständigen Sozialamt zu beantragen.**

Ihr Landesverwaltungsamt