

## Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose (GHBG)

### Art der beantragten Leistung: Hilfe für Gehörlose

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

1.1	Name, Vorname, ggf. Geburtsname	
1.2	Straße, Hausnummer	
1.3	PLZ/Wohnort	
1.4	bei ggf. abweichendem gewöhnlichen Aufenthalt weitere Anschrift	
1.5	☎ (Vorwahl, Telefon-Nr.)	
1.6	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
1.7	Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> Deutscher <input type="checkbox"/> Ausländer oder Staatenloser (Bitte Aufenthaltsgenehmigung etc. in Kopie beifügen)	
1.8	Stellung im Haushalt <input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> sonstige Person	

#### 2. Bankverbindung (Postbarzahlungen sind aus kassentechnischen Gründen nicht möglich)

2.1	Name, Vorname des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin	
2.2	Geldinstitut	
2.3	Konto-Nummer 	Bankleitzahl 

**3. Gesetzliche/r Vertreter/in, amtlich bestellte/r Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r**

3.1	Name, Vorname
3.2	Straße, Hausnummer
3.3	PLZ, Wohnort
3.4	Bestellungskunde, Vollmacht beifügen ggf. Verwandtschaftsverhältnis angeben

**4. Der/Die Berechtigte befindet sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung (z.B. Altenheim, Schülerinternat)**

4.1	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4.2	Anschrift der Einrichtung	
4.3	Letzter gewöhnlicher Aufenthalt vor Aufnahme in die Einrichtung	

**5. Der/Die Berechtigte erhielt/erhält zum Ausgleich der durch die Gehörlosigkeit bedingten Mehraufwendungen bereits Leistungen einer anderen Bewilligungsbehörde**

5.1	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
5.2	Anschrift der Bewilligungsbehörde	

**6. Die Gehörlosigkeit ist zurückzuführen auf**

6.1	einen Verkehrs- oder sonstigen Unfall oder eine strafbare Handlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6.2	anderweitige Schädigung durch Dritte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
6.3	eine Schädigung im Sinne des Sozialentschädigungsrechts (z.B. Impfschaden)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

## 7. Die Gehörlosigkeit liegt vor seit

7.1	Geburt oder frühester Kindheit (bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-----	---	-------------------------------	-----------------------------

Nachweis durch (bitte beifügen):

7.2	Feststellung des Versorgungsamtes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7.3	Bescheinigung des Facharztes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7.4	sonstige Angaben (z.B. Besuch einer Gehörlosenschule, Sprachentwicklung, Schul-/Berufsentwicklung) zur Begründung der Gehörlosigkeit seit Geburt oder bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

## 8. Für den/die Berechtigte/n ist ein Schwerbehindertenausweis

nicht ausgestellt

ausgestellt

(Bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes beifügen)

nicht beantragt

beantragt beim Versorgungsamt in

## 9. Einverständnis gegenüber der Versorgungsverwaltung

Ich bin damit einverstanden, daß der Landschaftsverband Rheinland in diesem Verwaltungsverfahren und evtl. sich anschließenden Vorverfahren zur Feststellung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen von den Stellen der Versorgungsverwaltung (Versorgungsämter) die erforderlichen Auskünfte und Unterlagen zur Schädigung der Hörgane, auch soweit sie von anderen Ärzten und Stellen erstellt sind, erhält.

ja

nein

### Hinweis

Die vorgenannte Erklärung für die Versorgungsverwaltung würde das Verfahren zur Feststellung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen nach dem GHBG erheblich erleichtern. Eine ärztliche Bescheinigung über die Hörschädigung wäre ggf. aufgrund der versorgungsbehördlichen Feststellung in der Schwerbehindertenangelegenheit des/der Berechtigten entbehrlich. Dies kann aber nur in den Fällen zutreffen, in denen das Versorgungsamt angeborene oder bis zum 7. Lebensjahr erworbene Taubheit bzw. an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit festgestellt hat.

**In allen anderen Fällen ist eine fachärztliche Bescheinigung zum Nachweis der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen erforderlich.**

## 10. Anlagen

fachärztliche Bescheinigung

Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes

Bestellungsurkunde

Vollmacht

Aufenthaltsgenehmigung etc. bei Ausländern bzw. Staatenlosen

## 11. Erklärung

Ich versichere, daß die vorstehenden Angaben, insbesondere über die Leistungen, die zum Ausgleich der durch die Gehörlosigkeit bedingten Mehraufwendungen gewährt werden, voll der Wahrheit entsprechen und daß keine wichtigen Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, daß ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muß.

Ich bestätige ausdrücklich, daß ich davon unterrichtet bin, daß jede Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung der Leistung maßgebend sind, insbesondere Veränderungen jeder Art der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen (z.B. jede Operation), Wohnsitzveränderungen und Eintritt in eine Einrichtung, unverzüglich dem Landschaftsverband Rheinland mitzuteilen ist (§ 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch - SGB I -).

Ich bin darüber unterrichtet, daß die von mir erbetenen Angaben für die Gewährung der beantragten Leistung durch den LVR notwendig sind und bin damit einverstanden, daß die von mir mittels dieses Antragsformulars erhobenen Sozialdaten zum Zwecke der Gewährung der beantragten Leistung gespeichert und verarbeitet werden. Ohne die Angaben ist eine Entscheidung darüber, ob, in welcher Höhe, wem und wohin die Leistung zu zahlen ist, nicht möglich (§ 67 ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch - SGB X -).

Ich ermächtige das Geldinstitut, an das die Leistung überwiesen wird, mit Wirkung auch meinen Erben und etwaigen Verfügungsberechtigten gegenüber, überzahlte Beträge auf Anforderung des Landschaftsverbandes Rheinland zurückzuzahlen und Auskünfte zu erteilen, die zur Rückforderung überzahlter Beträge erforderlich sind.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Berechtigte/r     gesetzliche/r Vertreter/in     Betreuer/in     Bevollmächtigte/r

## Bestätigung der Gemeinde/des örtlichen Sozialhilfeträgers

(entfällt bei direkter Antragstellung beim LVR)


Der Antrag wurde entgegengenommen

am

Die Angaben wurden geprüft. Dem/Der Antragsteller/in wurde die Erklärung zu Ziffer 11 vorgelesen.

Es ergeben sich Hinweise, daß der/die Berechtigte möglicherweise Ansprüche auf andere Leistungen geltend machen kann

ja     nein

Stempel	Datum, Unterschrift	Aktenzeichen
		 (mit Durchwahl)