

## 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	Telefon (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	Bestellungsurkunde, 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 Sozialentschädigungsrechtes (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 18. Lebensjahres)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-----	--	-------------------------------	-----------------------------

Nachweis durch (bitte beifügen):

7.2	Feststellungen der Feststellungsbehörde nach dem Schwerbehindertenrecht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
7.3	Bescheinigung eines 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 18. Lebensjahres	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

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

- nicht ausgestellt
- ausgestellt  
(Bitte Feststellungsbescheid der Feststellungsbehörde nach dem Schwerbehindertenrecht beifügen)
- nicht beantragt
- beantragt bei der Feststellungsbehörde nach dem Schwerbehindertenrecht  
in \_\_\_\_\_

### 9. Einverständnis gegenüber der Feststellungsbehörde nach dem Schwerbehindertenrecht

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 Feststellungsbehörden nach dem Schwerbehindertenrecht die erforderlichen Auskünfte und Unterlagen zur Schädigung der Hörorgane, auch soweit sie von anderen Ärzten und Stellen erstellt sind, erhält.

- ja
- nein

#### Hinweis

Die vorgenannte Erklärung für die Feststellungsbehörden nach dem Schwerbehindertenrecht 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 die Feststellungsbehörden nach dem Schwerbehindertenrecht angeborene oder bis zum 18. 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
- Bestellsurkunde
- Aufenthaltsgenehmigung etc. bei Ausländern bzw. Staatenlosen
- Feststellungsbescheid der Feststellungsbehörde nach dem Schwerbehindertenrecht
- Vollmacht

## 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 vorgelegt. Es ergeben sich Hinweise, dass der/die Berechtigte möglicherweise Ansprüche auf andere Leistungen geltend machen kann.

ja       nein

Stempel	Datum, Unterschrift	Aktenzeichen
		Telefon (Durchwahl, Telefon-Nr.)