

Zusatzfragebogen für Heimbewohner bei Beantragung oder Gewährung von Blindengeld nach dem Gesetz über die Hilfe für Blinde und Gehörlose (GHBG)

Name, Vorname des Berechtigten/der Berechtigten	ggf. Aktenzeichen des LVR

1.	<input type="checkbox"/>	Selbstzahler Die Aufenthaltskosten werden in voller Höhe von dem/der Berechtigten getragen. Mittel eines öffentlich-rechtlichen Leistungsträgers werden nicht, auch nicht teilweise, in Anspruch genommen.
2.	<input type="checkbox"/>	Die Aufenthaltskosten werden ganz oder teilweise aus Mitteln öffentlich-rechtlicher Leistungsträger getragen. Es handelt sich um:
2.1	<input type="checkbox"/>	Sozialhilfe EUR monatlich
2.2	<input type="checkbox"/>	Leistungen der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung EUR monatlich
2.3	<input type="checkbox"/>	Kriegsopferfürsorge EUR monatlich
2.4	<input type="checkbox"/>	Pflegewohngeld nach dem Landespflegegesetz EUR monatlich
2.5	<input type="checkbox"/>	Wohngeld EUR monatlich
2.6	<input type="checkbox"/>	Leistungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften (Beihilfen) EUR monatlich
2.7	<input type="checkbox"/>	sonstige Mittel EUR monatlich
Eine Leistung nach Nrn. 2.1 - 2.7 wurde beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.	Die vorstehenden Angaben wurden geprüft und sind richtig. (Entfällt bei Vorlage der entsprechenden Bescheide oder Mitteilungen.)	

Bestätigende Dienststelle (oder Heimverwaltung)	Name der Sachbearbeiterin/des Sachbearbeiters, Aktenzeichen
	_____, Az. 32/34-10-09
	Datum und Unterschrift der Sachbearbeiterin/des Sachbearbeiters