



Antrag auf

Landesblindenhilfe **Blindenhilfe nach § 72 SGB XII**

(bitte entsprechend ankreuzen)

(Gesetz Baden-Württemberg vom 08.02.1972 in der derzeitigen Fassung) bzw. Blindenhilfe nach § 72 SGB XII oder § 27 d Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Hinweis zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die mit diesem Antrag einschließlich der ärztlichen Bescheinigungen erhobenen Daten i.S. des § 3 des Landesdatenschutzgesetzes (LDSG) sind zur Durchführung des Gesetzes über die Landesblindenhilfe bzw. Bearbeitung dieses Antrages erforderlich –Erhebungszweck- (§ 11 LDSG). Der Antrag kann jedoch nur rasch bearbeitet werden, wenn alle Fragen sorgfältig beantwortet und die erforderlichen Bescheinigungen beigelegt sind. Werden Angaben verweigert oder unvollständig oder unrichtig angegeben, kann dies eine Ablehnung der begehrten Leistung zur Folge haben (§ 11 Abs.2 LDSG). Die erhobenen Daten werden durch ein automatisches Verfahren (Datenverarbeitung) für Zwecke der Blindenhilfebearbeitung gespeichert und verarbeitet (§§ 4 u. 12 LDSG).

wird von der Behörde ausgefüllt
erstmalige Vorsprache am:

Eingang/Rückgabe des Antrages:

1) Herr Frau

Name: _____ Vorname: _____ geb.am: _____

Wohnhaft seit: _____ PLZ: : _____ Ort: _____

Straße: _____ Telefon: _____

Ansprechpartner (tagsüber): _____ Telefon: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsort/Land: _____ Familienstand: _____

Bei **minderjährigen Blinden** zusätzlich Name und Adresse der gesetzlichen Vertreter

2) Wo ist der **gewöhnliche Aufenthalt** des/der Blinden (= Mittelpunkt der Lebensbeziehungen?)

an der unter Ziffer 1 genannten Adresse anderer Ort: _____
Bundesland: _____

Ergänzend zu den Personenangaben bitte vom Einwohnermeldeamt oder Bürgermeisteramt des Wohnorts die Bestätigung auf Seite 4 des Antrages ausfüllen lassen. Ohne diese Bestätigung kann der Antrag nicht bearbeitet werden.
Bei Ausländern bitte zusätzlich auf Seite 4 die **Bescheinigung der Ausländerbehörde** ausstellen lassen.

3) **Vollmacht** **gerichtlich bestellte Betreuung**

besteht besteht nicht (Bitte zutreffendes ankreuzen)
Bitte Kopie der Vollmachtserklärung/Betreuerausweis beifügen

Angaben zur Person, die die/den Blinde/n vertritt, bzw. Bevollmächtigter/Betreuer:

Name: _____ Vorname: _____ Tel: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

4) **Empfangsberechtigter der Landesblindenhilfe:**

Auszahlungen auf die Bankverbindung:

IBAN: _____ BIC: _____

Name der Bank: _____

Kontoinhaber ist: Hilfeempfänger gerichtlich bestellter Betreuer (lt.Ziff.3)

5) **Ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt?** ja nein

Wenn ja, bitte unbedingt Kopie der Vorder- und Rückseite des Ausweises beifügen!

6) Besteht für den Blinden Freiheitsentzug oder Sicherungsverwahrung oder ist aufgrund richterlichen Urteils die Unterbringung angeordnet? ja nein

7) **Unterbringung in einem Heim oder in einer stationärer Einrichtung**

(auch zum Zwecke der Ausbildung)

⇒ Heimaufnahme. Ab wann? _____ ja nein

⇒ Eine Unterbringung besteht auf Dauer, der frühere Wohnsitz ist aufgegeben, (Heimaufnahme am: _____) ja nein

⇒ Heimunterbringung wegen der Ausbildung von _____ bis _____ ja nein

⇒ Name und Anschrift der Einrichtung _____

⇒ Kostenträger:

a) Blinde/Unterhaltspfl./sonstiger Angehöriger: _____ EURO

b) Sozialleistungsträger (z.B.Sozialamt): _____ EURO

⇒ Besteht Anspruch auf Leistungen nach den Beihilfevorschriften für den öffentlichen Dienst? ja nein

Wichtig: Anschrift des letzten gewöhnlichen Aufenthaltes vor Aufnahme in der Einrichtung

⇒ PLZ: _____ Ort: _____ Bundesland: _____

8) **Tätigkeit / Situation der / des Blinden**

⇒ Bei Kindern: Frühförderung/Kindergarten/Schule _____ ja nein

⇒ Berufstätig/beschäftigt/in Ausbildung als: _____ ja nein

⇒ Arbeitsuchend beim Arbeitsamt gemeldet ja nein

⇒ Versorgung des Familienhaushalts ja nein

⇒ Bezug von Erwerbsunfähigkeitsrente (**Bitte Bescheid beifügen**) ja nein

9) **Die Sehbehinderung/Blindheit ist zurückzuführen auf**

⇒ Arbeits-/Verkehrs- oder sonstigen Unfall oder strafbare Handlung ja nein

⇒ Kriegs-/Wehrdienstschaden, Impfschaden usw. ja nein

⇒ Angeborene Behinderung ja nein

⇒ **Erkrankung – Diabetes** ja nein

⇒ Sonstiges: _____

10) **Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)**

Sind solche Leistungen bei der Pflegekasse beantragt? ja nein

Werden solche Leistungen bereits gewährt? ja nein

Falls ja, bitte Pflegegrad angeben:

- I
- II
- III
- IV
- V

Wurden solche Leistungen abgelehnt? ja nein

Name/Anschrift der Pflegekasse: _____

Bitte Kopie des Bewilligungs-/Ablehnungsbescheides beifügen

11) Leistungen wegen Blindheit nach anderen Rechtsvorschriften*Es ist beantragt, wird gewährt oder es besteht Anspruch auf:*

- | | | | |
|----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| ⇒ | Pflegeleistungen/Pflegegeld aus der <u>gesetzlichen</u> Unfallversicherung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ⇒ | Unterhaltshilfe oder Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ⇒ | Hilflosenzuschuss einer österreichischen Pensionsversicherung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ⇒ | Andere Leistungen wegen Blindheit: _____ | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ⇒ | Pflegeleistungen/Pflegegeld einer <u>privaten</u> Unfallversicherung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ⇒ | Leistungen einer Haftpflichtversicherung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ⇒ | Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), z.B. Versorgungsrente oder Kriegsopferfürsorge | | |
| a) | Als Kriegsbeschädigte/r, Hinterbliebene/r od. Angehörige/r eines Kriegsbeschädigten | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| b) | Berechtigte/r, Hinterbliebene/r, oder Familienangehörige/r eines Berechtigten nach dem Infektionsschutzgesetz (z.B. Impfschadensfälle), Opferentschädigungsgesetz (OEG) Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG) oder ähnlichen Entschädigungsregelungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Erklärung zu den Antragsangaben und zur Mitteilungspflicht:

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für den Anspruch auf Blindenhilfe maßgeblich sind – insbesondere Augenoperationen, Pflegeleistungen – unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen. Es ist mir bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben die Rückforderung zu Unrecht gezahlter Leistungen nach sich ziehen kann.

Rückzahlungsregelung und Bankauftrag bei Überzahlung:

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber den Erben und sonstigen Verfügungsberechtigten im Falle meines Ablebens bezüglich der Blindenhilfefzahlungen die Regelungen des § 118 Abs. 3 u. 4 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) entsprechend anzuwenden. Insbesondere gelten Blindenhilfefzahlungen als unter Vorbehalt erbracht, die für die Zeit nach dem Ableben überwiesen werden. Überzahlte Beträge der Blindenhilfe sind an die Verwaltung zurück zu überweisen, wenn diese sie als zu Unrecht erbracht zurückfordert. Ich stelle das kontoführende Geldinstitut nach meinem Ableben gegenüber der Verwaltung ausdrücklich von der Wahrung des Bankgeheimnisses frei. Dieser Auftrag kann nur von mir, nicht aber von den Erben widerrufen werden.

Erklärung zur medizinischen Schweigepflicht und zum Datenschutz:

Der Vorlage der medizinischen und sonstigen Unterlagen bei Gutachtern, Ärzten und Behörden (Schwerbehindertenrecht) sowie der Einsichtnahme in Unterlagen der genannten Stellen, Krankenhäusern und des Kreisgesundheitsamts zur Klärung des Blindenhilfeanspruches und der Pflegebedürftigkeit stimme ich zu und entbinde insoweit die beteiligten Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht. Der Übermittlung von Daten an das Sozialamt stimme ich zu.

Ort, Datum

Unterschrift d. Blinden Ehegatte Vertreter

Zwingend erforderlich! Ohne Bestätigung kann der Antrag nicht bearbeitet werden!

Bestätigung des Einwohnermeldeamtes oder des Bürgermeisteramtes

Die Personen- und Wohnsitzangaben des Antragstellers unter Ziff. 1 und 2 des Antrages werden bestätigt.

Der / die Antragsteller/in ist hier gemeldet mit: Hauptwohnsitz Nebenwohnsitz

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel der Behörde

Bescheinigung der Ausländerbehörde für Antragsteller ohne deutsche Staatsbürgerschaft

1. Der/die Antragsteller/in (siehe Ziffer 1 des Antrages) befindet sich in Baden-Württemberg

1.1 Aufgrund gültigen Aufenthaltstitels in Form einer

Aufenthaltserlaubnis nach § _____ AufenthG

Niederlassungserlaubnis § _____ AufenthG

1.2 Aufgrund einer Aufenthaltsgestattung nach dem Asylverfahrensgesetz.

1.3 Aufgrund einer Duldung nach § 60a AufenthG.

1.4 und ist vollziehbar ausreisepflichtig, auch wenn eine Abschiebungsandrohung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist.

1.5 und ist Ehegatte/minderjähriges Kind einer Person, die von den o.g. Merkmalen Ziff.1.1 bis 1.4 das Merkmal Ziffer _____ erfüllt.

2. Es liegt ein Aufenthaltstitel (Fallgruppe aus 1.1. = _____) mit einer Gesamtgeltungsdauer von mehr als 6 Monaten vor (von: _____ bis: _____).

3. Der Aufenthaltstitel (Fallgruppe aus 1.1.) ist:
 befristet bis _____ erloschen/widerrufen

4. Der/die Antragsteller/in ist anerkannte/r Asylberechtigte/r.

5. Der Asylantrag ist abgelehnt (Duldung nach § _____ AufenthG.)

6. Der/die Antragsteller/in ist Spätaussiedler/in.

Bemerkungen: _____

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel der Behörde