

Antragseingang: ..... Kenn-Nr.: .....

**Antrag auf Landesblindenhilfe****(Gesetz Baden-Württemberg vom 08.02.1972 in der derzeitigen Fassung)****Hinweis zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten**

Die mit diesem Antrag einschließlich der ärztlichen Bescheinigungen erhobenen personenbezogenen Daten i.S. des Sozialgesetzbuches Erstes Buch (SGB I) sind zur Durchführung des Gesetzes über die Landesblindenhilfe bzw. Bearbeitung dieses Antrages erforderlich. 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 (§ 66 Abs. 3 SGB I). Die erhobenen Daten werden durch ein automatisches Verfahren - ggf. einschließlich der Weiterverarbeitung in einem Rechenzentrum - (Datenverarbeitung) für Zwecke der Blindenhilfearbeitung gespeichert und verarbeitet (§ 35 Abs. 2 SGB I i.V.m. §§ 67 ff SGB X).

1) Herr  Frau 

Zuname: ..... Vorname: ..... geb. am: .....

wohnhaft seit: ..... PLZ: ..... Ort: .....

Straße: ..... Telefon: .....

Staatsangehörigkeit: ..... Geburtsort/Land: .....

Bei minderjährigen Blinden zusätzlich Name und Adresse der gesetzlichen Vertreter:

2) Wo ist der **gewöhnliche Aufenthalt** d. Blinden (= Mittelpunkt der Lebensbeziehungen?) an der unter Ziffer 1 genannten Adresse  anderer Ort: .....

Bundesland: .....

3) Name und Anschrift der Krankenkasse / Beihilfestelle:.....

Ergänzend zu den Personenangaben bitte vom Einwohnermeldeamt oder Bürgermeisteramt des Wohnortes 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.

4) **Vollmacht**  **gerichtlich bestellte Betreuung** besteht  besteht nicht  (Bitte zutreffendes ankreuzen.)

⇒ Bitte Kopie der Vollmachtserklärung/Betreuerausweis beifügen.

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

Zuname: ..... Vorname: ..... Tel.: .....

Straße: ..... PLZ: ..... Ort: .....

5) **Empfangsberechtigter der Landesblindenhilfe**

Auszahlungen auf das Konto

IBAN: ..... BIC: .....

Name der Bank: .....

Kontoinhaber ist:  Hilfeempfänger  gerichtl. bestellter Betreuer (lt. Ziff. 4)6) Wurde ein **Schwerbehindertenausweis** ausgestellt? ja  nein  beantragt 

Wenn ja, bitte unbedingt Kopie der Vorder- und Rückseite des Ausweises + Kopie des Bescheides vom Versorgungsamt beifügen!

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

### 8) Unterbringung in einem Heim oder sonstiger stationärer Einrichtung

- ⇒ Eine Unterbringung ist geplant (ab wann? ..... ) ja  nein
- ⇒ Eine Unterbringung besteht auf Dauer, der frühere Wohnsitz ist aufgegeben, (Heimaufnahme am: ..... ) ja  nein
- ⇒ Name und Anschrift der Einrichtung: .....  
.....
- ⇒ Die Unterbringungskosten betragen monatlich: ..... €
- Diese Kosten werden getragen von:**
- ⇒ a) Blinde/Unterhaltspf./sonst. Angehörige: ..... €
- ⇒ b) Sozialleistungsträger (z. B. Sozialamt): ..... €
- ⇒ Besteht Anspruch auf Leistungen nach den Beihilfavorschriften für den öffentlichen Dienst? ja  nein

#### Wichtig: Anschrift d. letzten gewöhnlichen Aufenthaltes vor Aufnahme in d. Einrichtung

⇒ PLZ: ..... Ort: ..... Bundesland: .....

### 9) Tätigkeit / Situation der/des Blinden

- ⇒ Bei Kindern: Frühförderung/Kindergarten/Schule ..... ja  nein
- ⇒ Berufstätig/beschäftigt/in Ausbildung als: ..... ja  nein
- ⇒ Arbeitssuchend beim Arbeitsamt gemeldet ja  nein
- ⇒ Versorgung des Familienhaushalts ja  nein
- ⇒ Bezug von Berufs- od. Erwerbsunfähigkeitsrente (**Bitte Bescheid beifügen**) ja  nein

### 10) Die Sehbehinderung/Blindheit ist zurückzuführen auf

- ⇒ Arbeits-/Verkehrs- oder sonstigen Unfall oder strafbare Handlung ja  nein
- ⇒ Kriegs-/Wehrdienstschaden, Impfschaden usw. ja  nein
- ⇒ Erkrankung ja  nein
- ⇒ Angeborene Behinderung ja  nein
- ⇒ Sonstige Gründe:

### 11) 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:.....
- ⇒ Wurden solche Leistungen abgelehnt? ja  nein
- ⇒ Name/Anschrift der Pflegekasse: .....

**Bitte Kopie des Bewilligungs-/Ablehnungsbescheides beifügen.**

|  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 12) Leistungen wegen Blindheit nach anderen Rechtsvorschriften   |                             |                               |
| Es ist beantragt, wird gewährt oder es besteht Anspruch auf:   |                             |                               |
| ⇒ Pflegeleistungen/Pflegegeld aus der gesetzlichen 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 .....  |                             |                               |
| ⇒ Pflegeleistungen/Pflegegeld einer <b>privaten</b> Unfallversicherung   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ⇒ Leistungen einer Haftpflichtversicherung   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ⇒ <b>Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), z. B. Versorgungsrente oder Kriegsoferfürsorge</b>   |                             |                               |
| 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, Änderungen der Sehfähigkeit, Änderungen des Aufenthaltsortes bzw. Heimaufnahme oder den Erhalt von 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 bzgl. der Blindenhilfefzahlungen die Regelungen des § 118 Abs. 3 und 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 d. med. Dienstes (MDK) 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 ebenfalls zu.

x

x

Ort, Datum

Unterschrift d. Blinden

Ehegatte

Vertreter

### 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. D. Antragsteller/in (s. Ziff. 1 des Antrages) befindet sich in Baden-Württemberg

- 1.1  Aufgrund gültiger Aufenthaltsgenehmigung in Form einer
- Aufenthaltserlaubnis nach § \_\_\_\_\_ AufenthG
- Niederlassungserlaubnis nach § \_\_\_\_\_ AufenthG
- 1.2  Aufgrund einer Aufenthaltsgestattung nach dem Asylverfahrensgesetz.
- 1.3  Aufgrund einer Duldung nach § 25 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 Ziff. \_\_\_\_\_ erfüllt.

2.  Es liegt eine Aufenthaltsgenehmigung (Fallgruppe aus 1.1. = \_\_\_\_\_ ) mit einer Gesamtgeltungsdauer von mehr als 6 Monaten vor (von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_).

3.  Die Aufenthaltsgenehmigung (Fallgruppe aus 1.1) ist:

unbefristet  befristet bis \_\_\_\_\_  erloschen/widerrufen.

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

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

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

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel der Behörde