



Landratsamt Rastatt
Amt für Soziales, Teilhabe und Versorgung
Blindenhilfe (2.11.1)
Am Schlossplatz 5
76437 Rastatt

Antragseingang:

Kenn.-Nummer:

Antrag auf Blindenhilfe nach § 72 SGB XII

Die Blindenhilfe nach § 72 SGB XII richtet sich nach den Bestimmungen des neunten Kapitel Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) – Hilfe in anderen Lebenslagen in der derzeit geltenden Fassung.

Antragsteller / Antragstellerin ist jeweils die blinde Person

Hinweis zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die mit diesem Antrag einschließlich der ärztlichen Bescheinigungen erhobenen personenbezogenen Daten sind zur Bearbeitung dieses Antrages erforderlich (Erhebungszweck). Der Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn alle Fragen sorgfältig beantwortet und die erforderlichen Bescheinigungen beigelegt sind. Werden Angaben verweigert, unvollständig oder unrichtig angegeben, kann dies zur Ablehnung der begehrten Leistung führen.

Hinweise zum Datenschutz insbesondere zur Verarbeitung personenbezogener Daten siehe unser Infoblatt über die Datenschutzerklärung. Das Infoblatt wird gesondert übersandt.

[© 09/2026]

Seite 1 von 8

Bankverbindung

Sparkasse Rastatt-Gernsbach
Kontoinhaber: Landkreis Rastatt
IBAN: DE06 6655 0070 0000 0033 92
SWIFT-BIC: SOLADES1RAS

Unsere aktuellen Öffnungszeiten erhalten Sie auf unserer Webseite www.landkreis-rastatt.de.
Bitte vereinbaren Sie vorab einen Termin.
Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.landkreis-rastatt.de/datenschutzhinweise.
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Information auch gerne in Papierform zu.

1)	Persönliche Angaben (Antragsteller / Antragstellerin)	
	☐ Herr ☐ Frau	Telefon / E-Mail (Angaben freiwillig)
	Name	Vorname
	Geburtsdatum	Geburtsort / Land
	PLZ / Ort	Straße / Hausnummer
	Wohnhaft seit	Staatsangehörigkeit
	Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden, seit ☐ getrennt lebend, seit ☐ verwitwet, seit ☐ sonstiges	
	Führt der Hilfesuchende einen eigenen Haushalt ☐ ja ☐ nein	
	Bei Minderjährigen zusätzlich Name und Adresse des gesetzlichen Vertreters § 19 (3) SGB XII	

	Personen, die mit dem Hilfesuchenden im Haushalt leben (Haushaltsgemeinschaft)					
	Name	Vorname	Geb. Datum	Fam. Stand	Verwand-schafts-verhältnis	Erwerbsstatus (Schule/Beruf)

2) gewöhnlicher Aufenthalt / letzter gewöhnlicher Aufenthalt (Lebensmittelpunkt)	
☐ an der unter Nr. 1 genannten Adresse	☐ anderer Aufenthaltsort (bitte angeben)
Bitte die Angaben durch das Einwohnermeldeamt, bzw. bei Ausländern durch die Ausländerbehörde auf Seite 8 bestätigen lassen.	

3) Vollmacht / gesetzliche Betreuung	
☐ besteht nicht	☐ besteht (bitte Kopie der Vollmacht / Betreuerausweis beifügen)
Angaben zum Bevollmächtigten / Betreuer	Telefon
Name	Vorname
PLZ / Ort	Straße

4) Zahlwegdaten (Auszahlung auf das Konto)	
IBAN	Kontoinhaber ☐ Leistungsberechtigte/r ☐ Bevollmächtigte/r, Betreuer/in
Name der Bank	

5) Schwerbehinderteneigenschaft	
Schwerbehindertenausweis ausgestellt	☐ ja ☐ nein
Falls ja, bitte eine Ausweiskopie (Vorder- und Rückseite) beifügen!	

6) Freiheitsentzug / Sicherungsverwahrung	
Besteht Freiheitsentzug oder Sicherungsverwahrung	☐ ja ☐ nein
Falls ja, bitte richterliches Urteil beifügen!	

7) Heimunterbringung / stationäre Einrichtung	
Unterbringung in einem Heim oder stationärer Einrichtung	☐ besteht nicht ☐ besteht auf Dauer (der frühere Wohnsitz ist angegeben) ☐ besteht seit: ☐ ist geplant, ab
Name und Anschrift der Einrichtung	
Letzter gewöhnlicher Aufenthalt vor Aufnahme in die Einrichtung (PLZ, Ort, Land)	
Die Unterbringungskosten betragen monatlich	 €
Die Kosten werden getragen von	in Höhe von
☐ Antragsteller/in	 €
☐ Angehörige / Unterhaltspflichtige	 €
☐ Sozialhilfeträger seit:	 €
☐ Es besteht Anspruch auf Leistungen nach den Beihilfevorschriften für den öffentlichen Dienst.	

8) Ursachen der Sehbehinderung	
Die Sehbehinderung (Blindheit) ist zurückzuführen auf	☐ Arbeits- / Verkehrsunfall ☐ sonstiger Unfall oder strafbare Handlung ☐ Erkrankung ☐ Blindheit seit Geburt ☐ Kriegs- / Wehrdienstschaden oder Impfschaden ☐ sonstige Gründe

9) Erwerbstätigkeit / Renten / Einkommensverhältnisse		
	Tagesstruktur des/r Antragstellers / Antragstellerin	☐ Selbstständig / Erwerbstätig (bitte Vordruck „ Einkommensverhältnisse “ beifügen) ☐ Arbeitslos / Arbeitssuchend gemeldet (bitte Bescheid beifügen) ☐ Rentner / Rentnerin (bitte Bescheid beifügen) ☐ Versorgung erfolgt im Haushalt der Familie Bei Kindern: ☐ Kindergarten ☐ Schule ☐ Tagesstätte

10) Leistungen der Pflegeversicherung		
	Bitte Kopie vom Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid der Pflegekasse beifügen!	☐ Leistungen der Pflegeversicherung werden nicht gewährt ☐ Leistungen der Pflegeversicherung wurden abgelehnt ☐ Leistungen wurden beantragt ☐ Leistungen der Pflegeversicherung werden gewährt Die Einstufung erfolgte in Pflegegrad
	Name / Anschrift der Pflegekasse	

11) Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften		
	Bitte Kopie vom Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid beifügen!	Es besteht Anspruch auf ☐ Pflegegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) z. B. Versorgungsrente oder Kriegsofferfürsorge (KOF) ☐ als Kriegsbeschädigte/r, Hinterbliebene/r, Angehörige/r ☐ als Berechtigte/r (Hinterbliebene/r, Angehörige/r eines Berechtigten) nach dem Infektionsschutzgesetz, Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG) oder ähnliche Entschädigungsregelungen.

		☐ Pflegezulage / Unterhaltshilfe nach dem Lastenausgleichsgesetz ☐ Hilflosen-Zuschuss einer österreichischen Pensionsversicherung ☐ Pflegeleistungen einer privaten Unfallversicherung ☐ Leistungen einer Haftpflichtversicherung ☐ Andere Leistungen wegen Blindheit Art der Leistung
	Name / Anschrift des Leistungsträgers	

12)	Vermögensverhältnisse / Schuldverpflichtung
	Bitte gesonderten Vordruck „Vermögenserklärung“ beifügen

13)	Wohnverhältnisse
	Der Hilfesuchende ist: ☐ Eigentümer ☐ Mieter ☐ Untermieter ☐ sonstiges

Anzahl der Räume		Wohnfläche in Quadratmeter (m ²)		Untervermietung	☐ ja ☐ nein
------------------	--	--	--	-----------------	--

14)	Kosten der Unterkunft (monatlich)
------------	--

	Kaltmiete	 €	Heizkosten	 €	Sonstige Betriebs- und Nebenkosten	 €
--	-----------	---------	------------	---------	------------------------------------	---------

	Gesamtmiere	 €	Wohngeld / Lastenzuschuss	 €	Zinsbelastungen (keine Tilgung)	 €
--	-------------	---------	---------------------------	---------	---------------------------------	---------

	Sonstige Aufwendungen & Belastungen		Heizungsart	
	Art:	 €		☐ Heizöl ☐ Erdgas ☐ Fernwärme ☐ Strom ☐ Nachtspeicher ☐ Holz / Kohle

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, Änderungen der Einkommens- und Vermögensverhältnisse oder der 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. Nach § 60 SGB I ist der Leistungsberechtigte bzw. Hilfesuchende zur Mitwirkung am Verfahren und zur Abgabe von Auskünften verpflichtet. Werden Angaben verweigert oder unvollständig oder unrichtig abgegeben, kann dies eine Ablehnung zur Folge haben (vergl. §§ 60, 66 SGB I, § 67a SGB X).

Erklärung zur medizinischen Schweigepflicht und zum Datenschutz

Die mit diesem Antrag erhobenen Sozialdaten im Sinne des § 67 SGB X sind zur Durchführung des Blindenhilfeverfahrens nach § 72 SGB XII erforderlich (Erhebungszweck § 67a SGB X). Die erhobenen Daten (§§ 60, 65 SGB I) werden durch ein automatisches Verfahren einschließlich der Weiterverarbeitung in einem Rechenzentrum (Datenverarbeitung) für Zwecke der Sachbearbeitung gespeichert und verarbeitet (§§ 67b, 67c SGB X).

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 zu.

Ort, Datum

Unterschrift des/r Antragstellers/Antragstellerin

☐ Bevollmächtigte/r, ☐ gesetzliche/r Vertreter/in

15) Bestätigung des Einwohnermeldeamtes		
Die Angaben unter Ziffer 1 + 2 werden bestätigt		
Der/die Antragsteller/in ist gemeldet mit	☐ Hauptwohnsitz ☐ Nebenwohnsitz	
..... Ort, Datum	 Unterschrift / Stempel der Behörde	

16) Bestätigung der Ausländerbehörde		
Status des Antragstellers / der Antragstellerin		
☐ Aufenthaltstitel nach AufenthG ☐ Niederlassungserlaubnis ☐ Freizügigkeitsberechtigter Unionsbürger ☐ Daueraufenthaltsrecht EU Im Asylverfahren ☐ Aufenthaltsgestattung ☐ Duldung nach § AufenthG ☐ Spätaussiedler/in	§, gültig bis § FreizügG/EU	
..... Ort, Datum	 Unterschrift / Stempel der Behörde	