



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

Antragseingang:

Kenn.-Nummer:

Antrag auf Landesblindenhilfe

nach dem Blindenhilfegesetz (BliHG) vom 08.02.1972 in der derzeit geltenden Fassung
oder § 27 d Abs. 1 Nr. 4 Bundesversorgungsgesetz (BVG)

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 6

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 (des Antragstellers / der Antragstellerin)	
☐ Herr ☐ Frau	Telefon / E-Mail (Angaben freiwillig)
Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort / Land
PLZ / Ort	Straße / Hausnummer
Wohnhaft seit	Staatsangehörigkeit
Bei Minderjährigen zusätzlich Name und Adresse des gesetzlichen Vertreters	

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 6 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	
Tagesstruktur des/r Antragstellers / Antragstellerin	☐ Berufstätig oder in Ausbildung beschäftigt als ☐ Arbeitslos oder Arbeitssuchend gemeldet seit ☐ 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 Be- rechtigten) nach dem Infektionsschutzgesetz, Opferent- schädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG) oder ähnliche Entschädi- gungsregelungen. ☐ Pflegezulage / Unterhaltshilfe nach dem Lastenausgleichsgesetz ☐ Hilfflosen-Zuschuss einer österreichischen Pensionsversicherung ☐ Pflegeleistungen einer privaten Unfallversicherung ☐ Leistungen einer Haftpflichtversicherung ☐ Andere Leistungen wegen Blindheit Art der Leistung
	Name / Anschrift des Leistungsträgers	

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 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.

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 Blindenhilfezahlungen die Regelungen des § 118 Abs. 3 u. 4 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) entsprechend anzuwenden. Insbesondere gelten Blindenhilfezahlungen als unter Vorbehalt erbracht, die für die Zeit nach dem Ableben überwiesen werden. Überzahlte Beträge der Blindenhilfe sind an die Bankverbindung: Sparkasse Rastatt-Gernsbach, IBAN: DE06 6655 0070 0000 0033 92, BIC: SOLADES1RAS 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 zu.

Ort, Datum

Unterschrift des/r Antragstellers/Antragstellerin

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

12) 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	

13) 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	