



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

Kenn.-Nummer:

Antragseingang:

## 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 beigefügt 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.

Telefonischer Kontakt:  
07222/381-2193 oder 07222/381-2824

#### Kontakt

Landratsamt Rastatt  
Am Schlossplatz 5  
76437 Rastatt  
[www.landkreis-rastatt.de](http://www.landkreis-rastatt.de)

#### Öffnungszeiten

Mo.-Do. 07:30 - 17:00 Uhr  
Freitag 07:30 - 13:00 Uhr  
Bitte vereinbaren Sie einen Termin.

#### Bankverbindung

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

1) Persönliche Angaben (des Antragstellers / der Antragstellerin)	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Telefon / E-Mail (Angaben freiwillig)
Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort / Land
PLZ / Ort	Straße
Wohnhaft seit	Staatsangehörigkeit
Bei Minderjährigen zusätzlich Name und Adresse des gesetzlichen Vertreters	

2) gewöhnlicher Aufenthalt / letzter gewöhnlicher Aufenthalt (Lebensmittelpunkt)	
<input type="checkbox"/> an der unter Nr. 1 genannten Adresse	<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> besteht nicht	<input type="checkbox"/> besteht (bitte Kopie der Vollmacht / Betreuerausweis beifügen)
Angaben zum Bevollmächtigten / Betreuer	Telefon
Name	Vorname
PLZ / Ort	Straße

<b>4) Zahlwegdaten (Auszahlung auf das Konto)</b>	
IBAN	Kontoinhaber <input type="checkbox"/> Leistungsberechtigte/r <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r, Betreuer/in
Name der Bank	

<b>5) Schwerbehinderteneigenschaft</b>	
Schwerbehindertenausweis ausgestellt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, bitte eine Ausweiskopie (Vorder- und Rückseite) beifügen!	

<b>6) Freiheitsentzug / Sicherungsverwahrung</b>	
Besteht Freiheitsentzug oder Sicherungsverwahrung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, bitte richterliches Urteil beifügen!	

<b>7) Heimunterbringung / stationäre Einrichtung</b>	
Unterbringung in einem Heim oder stationärer Einrichtung	<input type="checkbox"/> besteht nicht <input type="checkbox"/> besteht auf Dauer (der frühere Wohnsitz ist angegeben) <input type="checkbox"/> besteht seit: ..... <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Antragsteller/in	..... €

<input type="checkbox"/> Angehörige / Unterhaltspflichtige <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger seit: ..... <input type="checkbox"/> Es besteht Anspruch auf Leistungen nach den Beihilfevorschriften für den öffentlichen Dienst.	..... € ..... €
--	--------------------

8) Ursachen der Sehbehinderung	
Die Sehbehinderung (Blindheit) ist zurückzuführen auf	<input type="checkbox"/> Arbeits- / Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall oder strafbare Handlung <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Blindheit seit Geburt <input type="checkbox"/> Kriegs- / Wehrdienstschaden oder Impfschaden <input type="checkbox"/> sonstige Gründe .....

9) Erwerbstätigkeit / Renten	
Tagesstruktur des/r Antragstellers / Antragstellerin	<input type="checkbox"/> Berufstätig oder in Ausbildung beschäftigt als ..... <input type="checkbox"/> Arbeitslos oder Arbeitssuchend gemeldet seit ..... <input type="checkbox"/> Rentner / Rentnerin (bitte Bescheid beifügen) <input type="checkbox"/> Versorgung erfolgt im Haushalt der Familie  Bei Kindern: <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Tagesstätte

10) Leistungen der Pflegeversicherung	
Bitte Kopie vom Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid der Pflegekasse beifügen!	<input type="checkbox"/> Leistungen der Pflegeversicherung werden nicht gewährt <input type="checkbox"/> Leistungen der Pflegeversicherung wurden abgelehnt <input type="checkbox"/> Leistungen wurden beantragt <input type="checkbox"/> Leistungen der Pflegeversicherung werden gewährt Die Einstufung erfolgte in Pflegegrad .....
Name / Anschrift der Pflegekasse	

11) Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften	
<p>Bitte Kopie vom Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid beifügen!</p>	<p>Es besteht Anspruch auf</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung</p> <p>Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) z. B. Versorgungsrente oder Kriegsofopferfürsorge (KOF)</p> <p><input type="checkbox"/> als Kriegsbeschädigte/r, Hinterbliebene/r, Angehörige/r</p> <p><input type="checkbox"/> als Berechtigte/r (Hinterbliebene/r, Angehörige/r eines Berechtigten) nach dem Infektionsschutzgesetz, Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG) oder ähnliche Entschädigungsregelungen.</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegezulage / Unterhaltshilfe nach dem Lastenausgleichsgesetz</p> <p><input type="checkbox"/> Hilflosen-Zuschuss einer österreichischen Pensionsversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegeleistungen einer privaten Unfallversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Leistungen einer Haftpflichtversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Andere Leistungen wegen Blindheit</p> <p>Art der Leistung .....</p>
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 Blindenhilfeszahlungen die Regelungen des § 118 Abs. 3 u. 4 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) entsprechend anzuwenden. Insbesondere gelten Blindenhilfeszahlungen 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

<b>12) Bestätigung des Einwohnermeldeamtes</b>	
Die Angaben unter Ziffer 1 + 2 werden bestätigt	
Der/die Antragsteller/in ist gemeldet mit	<input type="checkbox"/> Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> Nebenwohnsitz
..... Ort, Datum	..... Unterschrift / Stempel der Behörde

<b>13) Bestätigung der Ausländerbehörde</b>	
Status des Antragstellers / der Antragstellerin	
<input type="checkbox"/> Aufenthaltstitel nach AufenthG <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Freizügigkeitsberechtigter Unionsbürger <input type="checkbox"/> Daueraufenthaltsrecht EU Im Asylverfahren <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Duldung nach § ..... AufenthG <input type="checkbox"/> Spätaussiedler/in	§ ....., gültig bis .....  § ..... FreizügG/EU
..... Ort, Datum	..... Unterschrift / Stempel der Behörde