



Antragseingang:

Kenn.Nr.:

Antrag auf Landesblindenhilfe

Gesetz Baden-Württemberg vom 08.02.1972 in der derzeitigen Fassung
oder § 27 d Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Hinweis zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die mit diesem Antrag einschließlich der ärztlichen Bescheinigungen erhobenen personenbezogenen 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 –ggf. einschließlich der Weiterverarbeitung in einem Rechenzentrum- (Datenverarbeitung) für Zwecke der Blindenhilfebearbeitung gespeichert und verarbeitet (§§ 4 u. 12 LDSG).

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: _____

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.

3) 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: _____

4) **Empfangsberechtigter der Landesblindenhilfe**

Auszahlungen auf das Konto

Nr.:(IBAN/BIC): _____

Name der Bank: _____

Kontoinhaber ist: Hilfeempfänger gerichtl. Bestellter Betreuer (lt. Ziff. 3)

5) Ist **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 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: _____ Euro
- Diese Kosten werden getragen von:
- a) Blinde/Unterhaltspfl./sonst. Angehörige: _____ Euro
 - b) Sozialleistungsträger (z.B. Sozialamt): _____ Euro
 - Besteht Anspruch auf Leistungen nach den Beihilfevorschriften für den öffentlichen Dienst ? ja nein

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

PLZ: _____ Ort: _____ Bundesland: _____

8) 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
- Bezug von Berufs- od. 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
- Erkrankung ja nein
- Angeborene Behinderung ja nein
- Sonstige Gründe:

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 Pflegestufe angeben:

- 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 gesetzlichen Unfallversicherung ja nein
- Unterhaltshilfe oder Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz ja nein
- Hilflosenzuschuss einer österreichischen Pensionsversicherung ja nein
- Andere Leistungen wegen Blindheit ja nein

Ggf. Art der Leistung: _____

Name u. Anschrift des Leistungsträgers: _____

- Pflegeleistungen/Pflegegeld einer privaten Unfallversicherung ja nein
- Leistungen einer Haftpflichtversicherung ja nein

Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), z.B. Versorgungsrente oder Kriegsoferfürsorge

- a) als Kriegsbeschädigte/r, Hinterbliebene/r od. Angehörige/r ja nein
- b) Berechtigte/r, Hinterbliebene/r oder Familienangehörige/r eines ja nein
Berechtigten nach dem Infektionsschutzgesetz (z.B. Impfschadensfälle),
Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivil-
dienstgesetz
(ZDG) oder ähnlichen Entschädigungsregelungen.

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 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 Bankverbindung: Sparkasse Rastatt-Gernsbach, Kto.-Nr.: 033 92, BLZ 665 500 70, IBAN: DE06 6655 0070 0000 0033 92, SWIFT-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 Bankheimnisses 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 d. Blinden

Ehegatten

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 Antragssteller ohne deutsche Staatsbürgerschaft

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

- Aufgrund gültiger Aufenthaltstitel
 - Aufenthaltserlaubnis nach § _____ AufenthG
 - Niederlassungserlaubnis nach § _____ AufenthG
 - Freizügigkeitsberechtigter Unionsbürger § _____ FreizügGV
 - Aufenthaltserlaubnis nach § _____ FreizügGV
 - Aufgrund einer Aufenthaltsgestattung nach dem Asylverfahrensgesetz
 - Aufgrund einer Duldung nach § 60 a AufenthG
 - und ist vollziehbar ausreisepflichtig, auch wenn eine Abschiebungsandrohung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist.
 - 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) Der Aufenthaltstitel (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