

Antrag auf Landesblindenhilfe

(Gesetz Baden-Württemberg vom 08.02.1972 in der derzeitigen Fassung) bzw. Blindenhilfe nach § 72 Sozialgesetzbuch, 12. Buch (SGB XII) oder § 27d Bundesversorgungsgesetz (BVG)

--

Kennnummer	
Eingangsdatum Antrag	

1. Personenangaben

1.1 Antragsteller/in

Herr Frau

Familienname		Vorname		
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
Staatsangehörigkeit/en		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort	
Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)

1.2 Angaben zum gesetzlichen Vertreter bei minderjährigen sehbehinderten Menschen

1	Familienname		Vorname		
	Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
	Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)
2	Familienname		Vorname		
	Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
	Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)

1.3 Gewöhnlicher Aufenthalt

Wo haben Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt (= Mittelpunkt der Lebensbeziehungen)?

An der unter Ziffer 1.1 genannten Adresse

Ort	Bundesland
-----	------------

An folgendem von Ziffer 1.1 abweichendem Ort

2. Betreuungs-/Vertretungsverhältnis

Gibt es eine

- Vertretungsvollmacht? nein ja
- gerichtlich bestellte Betreuung? nein ja

3. Vertreter/in-Bevollmächtigte/r/-Betreuer/in (Hinweis: Bitte Kopie der Vollmachtserklärung/Betreuerausweis beifügen)

Familienname		Vorname		
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)

Vervielfältigung, Nachahmung und Veröffentlichung und elektronische Speicherung nur mit Genehmigung!

E-Mail: info@form-solutions.de
www.form-solutions.de

Form-Solutions
Artikel-Nr. BW610600



4. Bankverbindung für die Überweisung der Landesblindenhilfe

Kontoinhaber/in	
IBAN	BIC
Name des Kreditinstituts	

Wer ist Kontoinhaber/in? Antragsteller/in Gerichtlich bestellte/r Betreuer/in (lt. Ziff. 3)

5. Schwerbehindertenausweis

Wurde für Sie ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt?

- nein ja (Bitte unbedingt eine Kopie der Vorder- und Rückseite des Ausweises sowie den Bescheid des Versorgungsamtes beifügen!)
- Das Merkzeichen "BI" wird/wurde ergänzend beantragt am

6. Freiheitsentzug/Sicherungsverwahrung/Richterliches Urteil zur Unterbringung

Besteht für Sie Freiheitsentzug oder Sicherungsverwahrung oder ist aufgrund richterlichen Urteils die Unterbringung angeordnet?

- nein ja

7. Unterbringung in einem Heim oder sonstiger stationärer Einrichtung

Leben Sie in einem Heim oder sonstigen stationären Einrichtung?

- nein Falls nein, ist eine Unterbringung in einem Heim oder sonstigen stationären Einrichtung geplant?

nein ja, ab

ja, seit

Ist die Unterbringung auf Dauer vorgesehen und haben Sie Ihren früheren Wohnsitz aufgegeben? nein ja

Name der Einrichtung			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)

Auf welche Höhe belaufen sich die monatlichen Unterbringungskosten?

Wer trägt diese Kosten?

- Antragsteller/in/Unterhaltungspflichtige/r/sonstige/n Angehörigen in Höhe von

- Sozialleistungsträger (z.B. Sozialamt) in Höhe von

Haben Sie einen Anspruch auf Leistungen nach den Beihilfevorschriften für den öffentlichen Dienst? nein ja

Anschrift des letzten gewöhnlichen Aufenthaltes vor Aufnahme in die Einrichtung

PLZ	Ort	Bundesland
-----	-----	------------

8. Tätigkeit/Situation des sehbehinderten Menschen

Sind Sie

- in einer Frühförderung/einem Kindergarten/einer Schule? nein ja

- berufstätig/beschäftigt oder in Ausbildung? nein ja, als

- arbeitssuchend beim Arbeitsamt gemeldet? nein ja

Haben Sie einen Familienhaushalt zu versorgen? nein ja

Beziehen Sie Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente (Bitte Bescheid beifügen)? nein ja

9. Ursache der Sehbehinderung/Blindheit

Ist die Sehbehinderung/Blindheit zurückzuführen auf

- einen Arbeits-/Verkehrs- oder sonstigen Unfall oder eine strafbare Handlung? nein ja

- einen Kriegs-/Wehrdienstschaden, Impfschaden usw.? nein ja

- eine Erkrankung? nein ja

- eine angeborene Behinderung? nein ja

Sonstige Gründe der Sehbehinderung/Blindheit

Zeitpunkt und Art des schädigenden Vorfalls

10. Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)

Hinweis

Bitte fügen Sie eine Kopie des Bewilligungs-/Ablehnungsbescheides bei.

Sind Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) bei der Pflegekasse beantragt? nein ja

Werden solche Leistungen bereits gewährt? nein ja, für den Pflegegrad

Wurden solche Leistungen abgelehnt? nein ja

Name der Pflegekasse

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon (Angabe freiwillig)

Fax (Angabe freiwillig)

E-Mail (Angabe freiwillig)

11. Leistungen wegen Blindheit nach anderen Rechtsvorschriften

Haben Sie eine der folgenden Leistungen beantragt oder besteht ein Anspruch darauf

- Pflegeleistungen/Pflegegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung nein ja
- Unterhaltshilfe oder Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz nein ja
- Hilflosenzuschuss einer österreichischen Pensionsversicherung nein ja
- Pflegeleistungen/Pflegegeld einer privaten Unfallversicherung nein ja
- Leistungen einer Haftpflichtversicherung nein ja

Haben Sie andere Leistungen wegen Blindheit beantragt oder besteht ein Anspruch darauf?

nein ja, folgende

12. Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) vom Versorgungsamt oder der Kriegsoferfürsorge

Beziehen Sie Leistungen als

- Kriegsbeschädigte/r oder Angehörige/r eines/einer Kriegsbeschädigten? nein ja
- Berechtigte/r oder Familienangehörige/r eines/einer Berechtigten nach dem Bundesseuchengesetz nein ja
(z. B. Impfschadensfälle), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG),
Zivildienstgesetz (ZDG) oder ähnlichen Entschädigungsregelungen?

13. Hinweise und Erklärungen

13.1 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.



13.2 Rückzahlungsregelung und Bankauftrag bei Überzahlung

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber den Erben oder sonstigen Verfügungsberechtigten im Falle meines Ablebens bezüglich der Blindenhilfefzahlungen die Regelungen des § 118 Absatz 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.

13.3 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 des 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.



13.4 Hinweis zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die mit diesem Antrag einschließlich der ärztlichen Bescheinigung erhobenen personenbezogenen Daten i.S.d. § 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 beigefügt 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 und 12 LDSG).

14. Ergänzungen und Bemerkungen

15. Anlagen

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift

--	--

Behörde

PLZ, Ort	Datum (TT.MM.JJJJ)
Sachbearbeiter/in	Zimmernummer
Telefon (Durchwahl)	Telefax
E-Mail	
Aktenzeichen (bitte immer angeben!)	

Bestätigung des Bürgermeisteramtes

Die Personen- und Wohnsitzangaben unter Ziffer 1 Antrages werden bestätigt nicht bestätigt
 Der/Die Antragsteller/in ist hier gemeldet mit Hauptwohnsitz Nebenwohnsitz

Der Antrag wurde hier gestellt am durch

Einreichung des Antragsformulars
 persönliche Vorsprache des/der Blinden Vertreter/Vertreterin

Ergänzungen/Bemerkungen

Für die Richtigkeit

Unterschrift	Anlagen
Behörde	PLZ, Ort
	Datum (TT.MM.JJJJ)
	Sachbearbeiter/in
	Zimmernummer
	Telefon (Durchwahl)
	Telefax
	E-Mail
	Aktenzeichen (bitte immer angeben!)

Bescheinigung der Ausländerbehörde (nur bei Antragsteller(inne)n ohne deutsche Staatsbürgerschaft)

Die nachfragende Person (s. Ziff. 1 des Antrages) befindet sich in Baden-Württemberg mit folgendem ausländerrechtlichen Status:

1. gültiger Aufenthaltstitel in Form einer
- 1.1 Aufenthaltserlaubnis nach § AufenthG
 - 1.2 Niederlassungserlaubnis nach § AufenthG
2. Aufenthaltsgestattung nach dem Asylverfahrensgesetz
3. Duldung nach § 60 a AufenthG
4. ist vollziehbar ausreisepflichtig, auch wenn eine Abschiebungsanordnung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist
5. ist Ehegatte/Ehegattin/minderjähriges Kind einer Person, bei der das o.g. Merkmal erfüllt ist.

Es liegt ein Aufenthaltstitel (siehe Ziffer 1) mit einer Gesamtgeltungsdauer von mehr als 6 Monaten vor
 (von bis)

Der Aufenthaltstitel (siehe Ziffer 1) ist: unbefristet befristet bis erloschen/widerrufen

Die nachfragende Person ist anerkannte/r Asylberechtigte/r

Der Asylantrag ist abgelehnt (Duldung nach § AufenthG.)

Bemerkungen

Für die Richtigkeit

Unterschrift/Stempel der Behörde

Datenschutzhinweis

Zur Bearbeitung Ihres Anliegens erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen die Erhebung und Verarbeitung aller notwendigen personenbezogenen Daten. Dabei handelt es sich insbesondere um Name, Anschrift, Kontaktdaten sowie sonstige notwendige Angaben. Diese Daten werden auf dem Server des Dienstleisters des Landratsamtes Alb-Donau-Kreis gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden.

Für den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten haben wir alle technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen, um ein hohes Schutzniveau zu schaffen.

Wir halten uns dabei strikt an die Datenschutzgesetze und die sonstigen datenschutzrelevanten Vorschriften. Ihre Daten werden ausschließlich über sichere Kommunikationswege an die zuständige Stelle übergeben. Eine automatische Löschung auf dem Server des Dienstleisters erfolgt nach 180 Tagen.

Die Informationen zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 DSGVO können Sie dem jeweiligen Formular oder der Website des Landratsamtes Alb-Donau-Kreis entnehmen.

Rechte der betroffenen Person: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Wenn die Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung erfolgt, kann diese jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Die Kontaktdaten zur Wahrnehmung der Betroffenenrechte entnehmen Sie bitte den Datenschutzinformationen oder der Website des Landratsamtes Alb-Donau-Kreis.