

Antrag auf Landesblindenhilfe

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

Kennnummer	
Eingangsdatum Antrag	

Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die mit diesem Antrag einschließlich der ärztlichen Bescheinigungen 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 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 und 12 LDSG).

1. Personenangaben

Hinweis

Ergänzend zu den Personenangaben lassen Sie bitte die Bestätigung vom Bürgermeisteramt des Wohnorts (siehe Seite 5 des Antrags) ausfüllen. Ohne diese Bestätigung kann der Antrag nicht bearbeitet werden. Bei Ausländern ist zusätzlich die Bescheinigung der Ausländerbehörde (siehe Seite 5 des Antrags) erforderlich.

1.1 Antragsteller/in

Herr Frau

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

1.2 Angaben zum gesetzlichen Vertreter bei minderjährigen sehbehinderten Menschen

1	Familiename		Vorname	
	Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
	Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)	E-Mail (Angabe freiwillig)	
2	Familiename		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 genannten Adresse

An folgendem von Nr. 1 abweichendem Ort

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

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)

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

4. Bankverbindung für die Überweisung der Landesblindenhilfe

Kontoinhaber/in		Vorname	
Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut	

Wer ist Kontoinhaber/in? Hilfeempfänger/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 beifügen!)

6. Freiheitsentzug/Sicherungsverwahrung/Richterliches Urteil zur Unterbringung

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

- ja nein

7. Unterbringung in einem Heim oder sonstiger stationärer Einrichtung

Leben Sie in einem Heim oder sonstigen stationären Einrichtung?

- nein. Ist eine Unterbringung in einem Heim oder sonstigen stationären Einrichtung geplant?

- nein ja, ab

Datum (TT.MM.JJJJ)

- ja, seit

Datum (TT.MM.JJJJ)

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 Beihilfavorschriften 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 Vorfalles	

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 die Pflegestufe
 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 (z. B. Impfschadensfälle), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG) oder ähnlichen Entschädigungsregelungen? nein ja

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 Änderungen der Sehfähigkeit, Änderung 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 und sonstigen Verfügungsberechtigten im Falle meines Ablebens bezüglich der Blindenhilfefzahlungen die Regelungen des § 118 Abs. 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 den Sozialhilfeträger zurückzuüberweisen, wenn dieser sie als zu Unrecht erbracht zurückfordert. Ich stelle das kontoführende Geldinstitut nach meinem Ableben gegenüber dem Sozialhilfeträger 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

Der Vorlage der medizinischen und sonstigen Unterlagen bei einem/einer Gutachter/in zur Klärung der medizinischen Voraussetzungen zur Gewährung von Landesblindenhilfe stimme ich zu und entbinde insoweit den/die jeweilige/n medizinische/n Gutachter/in gegenüber dem zuständigen Sozialhilfeträger von der ärztlichen Schweigepflicht.

14. Ergänzungen/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

Datum (TT.MM.JJJJ)

 durch
 Einreichung des Antragsformulars persönliche Vorsprache des/der
 Blinden Vertreters/Vertreterin

Ergänzungen/Bemerkungen

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift	Anlagen
--------------	---------

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

Bescheinigung der Ausländer- behörde (nur bei Antragstellern ohne deutsche Staatsbürgerschaft)

Ausländerrechtlicher Status des Antragstellers/der Antragstellerin (s. Ziff. 1 des Antrages)

Ausländerrechtlicher Status	Rechtsgrundlage
-----------------------------	-----------------

Ablauf des Aufenthaltstitels (sofern zutreffend)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Ergänzungen/Bemerkungen

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift	Anlagen
--------------	---------