

# Antrag auf Landesblindenhilfe

(Gesetz über die Landesblindenhilfe Baden-Württemberg vom 08.02.1972 in der derzeitigen Fassung)

## Hinweis zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die mit diesem Antrag einschließlich der ärztlichen Bescheinigungen erhobenen personenbezogenen Daten i. S. des Sozialgesetzbuches Erstes Buch (SGB I), sind zur Durchführung des Gesetzes über die Landesblindenhilfe bzw. Bearbeitung dieses Antrages erforderlich. 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 (§ 66 Abs. 3 SGB I). Die erhobenen Daten werden durch ein automatisches Verfahren für Zwecke der Blindenhilfearbeitung gespeichert und verarbeitet (§ 35 Abs. 2 SGB I i. V. m. §§ 67 ff SGB X).

1.	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		Telefon:		
	Name		Vorname		Geb.-Datum
	PLZ/Wohnort/Straße				seit:
	Staatsangehörigkeit:		Geburtsort/Land		
	<b>Bei minderjährigen Blinden zusätzlich Name und Adresse der gesetzlichen Vertreter:</b>				
	Name		Vorname		Geb.-Datum
	PLZ/Wohnort/Straße				
2.	<b>Wo ist der <u>gewöhnliche Aufenthalt</u> d. Blinden (= Mittelpunkt der Lebensbeziehungen?)</b>				
	<input type="checkbox"/> an der unter Ziffer 1 genannten Adresse <input type="checkbox"/> 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 <b>zusätzlich</b> auf Seite 4 die <b>Bescheinigung der Ausländerbehörde</b> ausstellen lassen.				
3.	<input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/> gerichtliche Betreuung				
	<input type="checkbox"/> besteht <input type="checkbox"/> besteht nicht		(Bitte Zutreffendes ankreuzen)		
	<b>Bitte Kopie der Vollmachtserklärung/Betreuungsausweis beifügen</b>				
	Angaben zur Person, die d. Blinde/n vertritt, bzw. Bevollmächtigter/Betreuer:				
Name		Vorname			
PLZ/Wohnort/Straße					
Telefon:					

<b>4.</b>	<b>Empfangsberechtigter der Landesblindenhilfe</b>	
	Auszahlung auf das Konto:	
	IBAN:	BIC:
	Name der Bank:	
	Kontoinhaber ist: <input type="checkbox"/> Hilfeempfänger <input type="checkbox"/> gerichtl. Besteller Betreuer (lt. Ziff. 3)	

  

<b>5.</b>	<b>Ist <u>Schwerbehindertenausweis</u> ausgestellt?</b>	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Wenn ja, bitte unbedingt Kopie der Vorder- und Rückseite des Ausweises beifügen!	
	Wurde "BL" beantragt?	<input type="checkbox"/> ja - wann: _____ <input type="checkbox"/> nein
	Wurde "BL" abgelehnt?	<input type="checkbox"/> ja - wann: _____ <input type="checkbox"/> nein

  

<b>6.</b>	<b>Besteht für den Blinden Freiheitsentzug oder Sicherungsverwahrung oder ist aufgrund richterlichen Urteils die Unterbringung angeordnet?</b>	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

  

<b>7.</b>	<b>Wohnformen</b>	
	- Eine stationäre Unterbringung ist geplant (ab wann? _____)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- Eine Unterbringung besteht auf Dauer, der frühere Wohnsitz ist aufgegeben, (Heimaufnahme am: _____)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- Name und Anschrift der Einrichtung: _____	
	- Liegt eine betreute Wohnform (z. B. betreutes Seniorenwohnen oder Ähnliches) vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<u>Diese Kosten werden getragen von:</u>	
	- a) Blinde/Unterhaltspf./sonst. Angehörige: _____ Euro	
	- b) Sozialleistungsträger (z. B. Sozialamt): _____ Euro	
	- Besteht Anspruch auf Leistungen nach den Beihilfevorschriften für den öffentlichen Dienst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<b>Wichtig: Anschrift des letzten gewöhnlichen Aufenthaltes vor Aufnahme in die Einrichtung</b>	
	PLZ: _____ Ort: _____ Bundesland: _____	

  

<b>8.</b>	<b>Tätigkeit / Situation der/des Blinden</b>	
	- Bei Kindern: Frühförderung/Kindergarten/Schule _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- Berufstätig/ beschäftigt/ in Ausbildung als: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- Arbeitssuchend beim Arbeitsamt gemeldet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- Versorgung des Familienhaushalts	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- Bezug von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente (Bitte Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

  

<b>9.</b>	<b>Die Sehbehinderung/Blindheit ist zurückzuführen auf</b>	
	- Arbeits-/Verkehrs- oder sonstigen Unfall oder strafbare Handlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- Kriegs-/Wehrdienstschaden, Impfschaden usw.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- Angeborene Behinderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- Sonstige Gründe: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

  

<b>10.</b>	<b>Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)</b>	
	- Sind solche Leistungen bei der Pflegekasse beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- Werden solche Leistungen bereits gewährt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Falls ja, bitte Pflegegrad angeben: _____	
	- Wurden solche Leistungen abgelehnt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_
  - Pflegeleistungen/Pflegegeld einer privaten Unfallversicherung  ja  nein
  - Leistungen einer Haftpflichtversicherung  ja  nein
- Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), z. B. Versorgungsrente oder Kriegsofopferfürsorge**
- a) als Kriegsbeschädigte/r, Hinterbliebene/r od. Angehörige/r eines Kriegsbeschädigten  ja  nein
  - b) Berechtigte/r, Hinterbliebene/r oder Familienangehörige/r eines Berechtigten nach dem Infektionsschutzgesetz (z. B. Impfschadensfälle), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG) oder ähnlichen Entschädigungsregelungen.  ja  nein

**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.

**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 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 Verwaltung zurückzüberweisen, 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 des Medizinischen 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 Amt für Versorgung und Rehabilitation stimme ich zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Blinden

\_\_\_\_\_  
Ehegatte

\_\_\_\_\_  
Vertreter

**Hinweise zum Antragsverfahren**

Bitte den ausgefüllten Antrag vom Bürgermeisteramt des Wohnortes bestätigen lassen (s. Seite 4) und entweder direkt oder über das Bürgermeisteramt an das Landratsamt Karlsruhe - Amt für Versorgung und Rehabilitation - zur Entscheidung weiterleiten.

Bei Ausländern ist zusätzlich die Bescheinigung der Ausländerbehörde erforderlich (s. Seite 4)

### 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 Antragsteller ohne deutsche Staatsangehörigkeit

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

1.1  aufgrund eines gültigen Aufenthaltstitels in Form einer

Aufenthaltserlaubnis nach § \_\_\_\_\_ Aufenthaltsgesetz

Niederlassungserlaubnis nach § \_\_\_\_\_ Aufenthaltsgesetz

Visum § \_\_\_\_\_ Aufenthaltsgesetz

1.2  aufgrund einer Aufenthaltsgestattung nach dem Asylverfahrensgesetz.

2.  Der Aufenthaltstitel (Fallgruppe 1.1) ist

unbefristet  befristet bis \_\_\_\_\_  erloschen/widerrufen

3.  Der/die Antragsteller/in ist anerkannte/r Asylant/in.

4.  Der Asylantrag ist abgelehnt (Duldung nach § 60 a Aufenthaltsgesetz).

5.  Der/die Antragsteller/in ist Spätaussiedler/in.

**Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel der Behörde