



Antragseingang: _____ Aktenzeichen: _____

Antrag auf Landesblindenhilfe

nach dem Landesblindenhilfegesetz Baden-Württemberg vom 08.02.1972
in der derzeitigen Fassung (BliHG)

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 des 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 Weiterbearbeitung in einem Rechenzentrum- (Datenverarbeitung) für Zwecke der Blindenhilfearbeitung 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 Lebensbeziehung?)

 an der unter Ziffer 1 genannten Adresse anderer Ort: _____

Bundesland: _____ Ausland: _____

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)

Angaben zur Person, die d. blinde/n vertritt, bzw. Bevollmächtigter/Betreuer:

Zuname: _____ Vorname: _____ Tel.: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Bitte Kopie der Vollmachtserklärung/Betreuerausweis beifügen4) **Empfangsberechtigter der Landesblindenhilfe**

Auszahlungen auf das Konto IBAN: _____ BIC: _____

Name der Bank: _____

Kontoinhaber ist: Hilfeempfänger gerichtl. bestellter Betreuer (lt. Ziff. 3)5) Ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt? ja neinWenn 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.
Heimaufnahme erfolgte am: _____ ja nein

→ Name und Anschrift der Einrichtung: _____

→ Die Unterbringungskosten betragen monatlich: _____ €

Bitte Kopie des Heinvertrages beifügen.

Diese Kosten werden getragen von:

→ a) Blinde/Unterhaltspfl./sonst. Angehörige: _____ €

b) Sozialleistungsträger (z.B. Sozialamt): _____ €

→ 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: _____

→ dieser frühere Wohnsitz ist aufgegeben ja nein

8) **Tätigkeit / Situation der/des Blinden auf**

→ Bei Kindern: Frühförderung/Kindergarten/Schule _____ ja nein

9) Die Sehbehinderung/Blindheit ist zurückzuführen auf

→ Arbeits-/Verkehrs- oder sonstigen Unfall ja nein

→ Opfer einer Gewalttat / Terror- /Kriegshandlung ja nein

→ Kriegs-/ Wehr-/ Zivildienstschaden ja nein

→ Erkrankung: _____ ja nein

→ Angeborene Behinderung ja nein

→ Sonstige Gründe: _____ ja nein

10) Sind Sie an Diabetes mellitus erkrankt ja nein

11) Leistungen nach dem Pflegesatzversicherungsgesetz (SGB XII)
(auch private Pflegekasse/ Pflegeversicherung)

→ Sind solche Leistungen bei der Pflegekasse beantragt? ja nein

→ Werden solche Leistungen bereits gewährt? ja nein
Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3

→ Wurden solche Leistungen abgelehnt? ja nein

→ Name/Anschrift der Pflegekasse: _____

Bitte Kopie des Bewilligungs-/Ablehnungsbescheides beifügen

12) 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 _____
- Leistungen einer privaten (auch ausländischen) Unfallversicherung ja nein
Haftpflichtversicherung ja nein

Art des schädigenden Vorfalls:

Zeitpunkt:

- Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) vom Versorgungsamt oder der Kriegsopferfürsorge

a) als Kriegsbeschädigte/r oder 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

- Sonstige Leistungen wegen Blindheit (auch ausländische Leistungen) 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 bezgl. 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 zurück zu überweisen, wenn diese sie als zu Unrecht erbracht zurückgefordert. 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 zu Datenschutz

Der Vorlage der medizinischen und sonstigen Unterlagen bei Gutachtern, Ärzten und den Landratsämtern bzw. Versorgungsämtern (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.

Bei welchen sonstigen bisher nicht angegebenen Stellen können weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen angefordert werden? (z.B. Versorgungsamt / Schwerbehindertenrecht)

Bezeichnung und Anschrift:

Ich bin darüber informiert, dass die für die Gewährung der Hilfe erforderlichen personenbezogenen Daten in einem automatisierten Verfahren verarbeitet und gespeichert werden.

Raum für etwaige Einschränkungen des Einverständnisses:

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit aller abgegebenen Erläuterungen!

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller	<input type="checkbox"/> Unterschrift Ehegatte, Lebensgefährte(in), Lebenspartner(in) <input type="checkbox"/> Betreuer/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 Antragsteller ohne deutsche Staatsbürgerschaft **(Bei EU-Bürgern genügt die Kopie des Personalausweises bzw. des Reisepasses)**

Die/der Antragsteller/in (s. Ziff. 1 des Antrages) hat in Baden-Württemberg einen rechtmäßigen gewöhnlichen Aufenthalt im Sinne des § 1 des Gesetzes über die Landesblindenhilfe (BW)

ja, weil eine

Aufenthaltserlaubnis nach § 7 AufenthG ab _____ befristet bis _____

Niederlassungserlaubnis nach § 9 AufenthG ab _____

Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylVfG) ab _____

am _____ erteilt wurde.

nein, es liegt kein gewöhnlicher Aufenthalt vor.

Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel der Behörde