

Antrag auf Landesblindenhilfe nach dem Gesetz über die Landesblindenhilfe Baden-Württemberg (BliHG)

Hinweis zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die mit diesem Antrag 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 Unterlagen 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).

1.	☐ Herr ☐ Frau		Telefonnummer	
	Name		Vorname	Geb.-Datum
	PLZ/Wohnort/Straße			seit
	Geburtsort/Land		Familienstand	Staatsangehörigkeit
	Bei minderjährigen Blinden zusätzlich Name und Adresse der gesetzlichen Vertreter			
	Name		Vorname	Geburtsdatum
	PLZ/Wohnort/Straße			
	Name		Vorname	Geburtsdatum
	PLZ/Wohnort/Straße			

2.	Wo ist der gewöhnliche Aufenthalt des 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 5 des Antrages ausfüllen lassen. Ohne diese Bestätigung kann der Antrag nicht bearbeitet werden. Bei Ausländern bitte zusätzlich auf Seite 5 die Bescheinigung der Ausländerbehörde ausstellen lassen.

3.	☐ Vollmacht ☐ gesetzliche Betreuung ☐ besteht ☐ besteht nicht	
	Bitte zutreffendes ankreuzen und Kopie der Vollmachtserklärung/Betreuungsausweis beifügen	
	Angaben zur Person des Betreuers/Bevollmächtigten	
	Name	Vorname
	PLZ/Wohnort/Straße	
Telefon		

4.	Bankverbindung - zu erbringende Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:	
	Kontoinhaber / Name	Vorname
	IBAN	BIC
	Name der Bank	

5.	Ist ein Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen BL	
	ausgestellt?	☐ ja ☐ nein
	beantragt?	☐ ja ☐ nein
	Wenn ja, bitte unbedingt Kopie der Vorder- und Rückseite des Ausweises beifügen!	

6.	Besteht für d. Blinde/n Freiheitsentzug oder Sicherungsverwahrung oder ist aufgrund richterlichen Urteils die Unterbringung angeordnet?
	☐ ja ☐ nein

7.	Unterbringung in einem Heim, Internat oder sonstiger stationärer Einrichtung	
	Eine Unterbringung ist geplant - ab wann? _____	☐ ja ☐ nein
	Eine Unterbringung besteht auf Dauer, der frühere Wohnsitz ist aufgegeben,	☐ ja ☐ nein
	Heimaufnahme seit: _____	
	Name und Anschrift der Einrichtung:	_____
	Die Unterbringungskosten betragen monatlich _____ EUR	
	<u>Diese Kosten werden getragen von:</u>	
	a) d. Blinden / Unterhaltspflichtige / sonstige Angehörige	_____ EUR
	b) Sozialleistungsträger (z. B. Sozialamt)	_____ EUR
	Besteht Anspruch auf Leistungen nach den Beihilfevorschriften für den öffentlichen Dienst ☐ ja ☐ nein	
⇒	<u>Wichtig</u> - Anschrift des letzten gewöhnlichen Aufenthaltes vor Aufnahme in die Einrichtung	
PLZ: _____ Ort: _____ Bundesland: _____		

8. Tätigkeit / Situation d. Blinden	
Bei Kindern: Frühförderung / Kindergarten / Schule _____	☐ ja ☐ nein
Berufstätig / beschäftigt / in Ausbildung als: _____	☐ ja ☐ nein
Arbeitssuchend bei der Agentur für Arbeit/Kommunalen Arbeitsförderung gemeldet	☐ ja ☐ nein
Versorgung des Familienhaushalts	☐ ja ☐ nein
Rentenbezieher / Pensionär	☐ ja ☐ nein
Bitte Nachweise beifügen.	

9. Die Sehbehinderung / Blindheit ist zurückzuführen auf	
Arbeitsunfall, Verkehrsunfall oder sonstigen Unfall	
Schädigung durch Dritte oder strafbare Handlung	☐ ja ☐ nein
Kriegs- / Wehrdienstschaden, Impfschaden, Gewalttat usw.	☐ ja ☐ nein
Erkrankung	☐ ja ☐ nein
angeborene Behinderung	☐ ja ☐ nein
ärztliche Fehlbehandlung	☐ ja ☐ nein
Sonstige Gründe: _____	

10. Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)	
Name der Kranken- / Pflegekasse _____	
Versichertennummer _____	
Sind solche Leistungen bei der Pflegekasse beantragt?	☐ ja ☐ nein
Werden solche Leistungen bereits gewährt?	☐ ja ☐ nein
Falls ja, bitte Pflegegrad angeben: <u>PG</u> _____	
Wurden solche Leistungen abgelehnt?	☐ ja ☐ nein
Bitte Kopie des Bewilligungs-/Ablehnungsbescheides beifügen.	

11. Leistungen wegen Blindheit nach anderen Rechtsvorschriften	
Sind beantragt, werden gewährt oder es besteht Anspruch auf:	
Pflegeleistungen / Pflegegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung	☐ ja ☐ nein
Pflegeleistungen / Pflegegeld einer privaten Unfallversicherung	☐ ja ☐ nein
Leistungen einer Haftpflichtversicherung	☐ ja ☐ nein
Unterhaltshilfe oder Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz	☐ ja ☐ nein
Schadenersatz, Schmerzensgeld aufgrund Unfall, ärztlicher Fehlbehandlung oder Schädigung durch Dritte	☐ ja ☐ nein
Verfahren bzgl. Schadenersatz, Schmerzensgeld läuft noch	☐ ja ☐ nein
Blindengeld/-hilfe, Leistungen für Sehbehinderte von einer anderen Behörde	☐ ja ☐ nein
Sonstige _____	☐ ja ☐ nein
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), z. B. Versorgungsrente oder Kriegsofferfürsorge	
a) als Kriegsbeschädigte/r, Hinterbliebene/r oder Angehörige/r eines Kriegsbeschädigten	☐ ja ☐ nein
b) Berechtigte/r, Hinterbliebene/r oder Familienangehörige/r eines Berechtigten nach dem Infektionsschutzgesetz (z. B. Impfschadenfälle), 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 gewährter Leistungen nach sich ziehen kann.

Erklärung zur medizinischen Schweigepflicht und zum Datenschutz

Der Vorlage der medizinischen und sonstigen Unterlagen bei Gutachtern, Ärzten, Behörden, usw. insbesondere auch beim Sachgebiet Schwerbehindertenrecht, sowie der Einsichtnahme in Unterlagen der genannten Stellen, Krankenhäusern und des medizinischen Dienstes (MDK) zur Klärung des Blindenhilfeanspruchs und der Pflegebedürftigkeit stimme ich zu und entbinde die entsprechenden Stellen (Versorgungsärztlicher Dienst, Sachgebiet Schwerbehindertenrecht, Pflegekasse usw.) von der Schweigepflicht.

Der Übermittlung der Daten an den Sozialhilfeträger stimme ich zu.

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 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 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.

Ort, Datum

Unterschrift d. Leistungsberechtigten ☐ Vertreter ☐

Hinweis zum Antragsverfahren

Bitte den ausgefüllten Antrag vom Bürgermeisteramt des Wohnortes **auf Seite 5 bestätigen lassen** und entweder direkt oder über das örtliche Bürgermeisteramt an das Landratsamt Ortenaukreis, Amt für Soziales und Versorgung - Blindenhilfe - zur Entscheidung weiterleiten.

Bei Ausländern ist **zusätzlich die Bescheinigung auf Seite 5** der Ausländerbehörde erforderlich.

Bestätigung des Einwohnermeldeamtes oder des Bürgermeisteramtes

Die Personen- und Wohnsitzangaben der unter Ziff. 1 und 2 des Antrages aufgeführten Person werden bestätigt.

Der/die Antragsteller/in ist gemeldet mit:

Adresse Hauptwohnsitz _____

Adresse Nebenwohnsitz _____

Ort/Datum _____

Unterschrift/Stempel der Behörde _____

Bescheinigung der Ausländerbehörde für Antragsteller ohne deutsche Staatsangehörigkeit

1. 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 _____