



# Antrag auf Landesblindenhilfe

nach dem baden-württembergischen Gesetz über die Landesblindenhilfe

## Hinweis zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die mit diesem Antrag einschließlich der ärztlichen Bescheinigungen erhobenen personenbezogenen Daten im Sinne des § 3 des Landesdatenschutzgesetzes (LDSG) sind zur Durchführung des Gesetzes über die Landesblindenhilfe bzw. Bearbeitung dieses Antrags erforderlich. Der Antrag kann jedoch nur rasch bearbeitet werden, wenn alle Fragen sorgfältig beantwortet und die erforderlichen Nachweise beigelegt sind. Werden Angaben verweigert oder unvollständig oder unrichtig angegeben, kann dies eine Ablehnung zur Folge haben. Die erhobenen Daten werden durch ein automatisches Verfahren, einschließlich der Weiterverarbeitung in einem Rechenzentrum (Datenverarbeitung) für Zwecke der Blindenhilfebearbeitung gespeichert und verarbeitet.

### 1. Antragsteller / Blinder

Herr  Frau  \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Familienstand  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet  \_\_\_\_\_

Wohnort, Straße \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit  deutsch  \_\_\_\_\_ (bitte Kopie des Ausweises beifügen)

Name der Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Bei minderjährigen Blinden zusätzlich Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2. gewöhnlicher Aufenthalt (Mittelpunkt der Lebensbeziehungen)

wie oben  \_\_\_\_\_

Es handelt sich hierbei um

eine private Unterkunft

ein Heim oder eine gleichartige Einrichtung

eine Wohnform des betreuten Wohnens; der gewöhnliche Aufenthalt war vorher \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. Bankverbindung

IBAN \_\_\_\_\_

Name der Bank \_\_\_\_\_

Kontoinhaber  Antragsteller  \_\_\_\_\_

**4. Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt oder beantragt?**

ja (bitte Kopien der Vorder- und Rückseite beifügen)

nein  der Antrag wurde/wird am \_\_\_\_\_ gestellt

**5. Vertretung / Vollmacht / Betreuung**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Wohnort, Straße \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

(bitte Kopien beifügen)

**6. Besteht für die blinde Person Freiheitsentzug oder Sicherungsverwahrung oder ist auf Grund eines richterlichen Urteils die Unterbringung angeordnet ?**

ja  nein

**7. Unterbringung in einem Heim oder in einer gleichartigen Einrichtung**

eine Heimunterbringung besteht nicht und ist auch nicht geplant

eine Heimunterbringung ist geplant ab \_\_\_\_\_ in

eine Heimunterbringung besteht seit \_\_\_\_\_ in

\_\_\_\_\_  
Name und Adresse des Heimes

Der gewöhnliche Aufenthalt war vorher in \_\_\_\_\_

Die Heimkosten betragen monatlich \_\_\_\_\_ EUR

Diese Kosten werden getragen von

- der blinden Person selbst in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR

- der Pflegeversicherung, dem Sozialamt in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR

- \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR

es besteht ein Anspruch auf Leistungen nach den Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes

### 8. Tätigkeit / Situation des Blinden

- Kindergarten, Schule
- Berufsausbildung / Beschäftigung bei \_\_\_\_\_
- Bezug einer Rente / Pension
- \_\_\_\_\_

### 9. Ursache der Sehbehinderung / Blindheit

- Erkrankung
- angeborene Sehbehinderung
- Arbeitsunfall / Verkehrsunfall / sonstiger Unfall oder eine strafbare Handlung
- Kriegsschaden / Wehrdienstschaden / Impfschaden
- \_\_\_\_\_

### 10. Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) von der Krankenversicherung / Pflegeversicherung

Werden solche Leistungen bereits gewährt?  
(wenn ja, bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen)

ja       nein

Wurde die Bewilligung dieser Leistungen abgelehnt?  
(wenn ja, bitte Kopie des Ablehnungsbescheides beifügen)

ja       nein

Sind Leistungen beantragt und noch nicht entschieden?

ja       nein

**11. Leistungen wegen Blindheit nach anderen Rechtsvorschriften**

Leistungen der gesetzlichen oder einer privaten Unfallversicherung  
oder einer Haftpflichtversicherung

ja  nein

Unterhaltshilfe oder Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz

ja  nein

Pflegegeld zu einer österreichischen Pensionsversicherung

ja  nein

Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) als Kriegsbeschädigter  
oder Angehöriger eines Kriegsbeschädigten oder Leistungen nach dem  
Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG),  
Zivildienstgesetz (ZDG), Infektionsschutzgesetz (IfSG) oder ähnlichen  
Entschädigungsregelungen

ja  nein

Andere Leistungen wegen Blindheit \_\_\_\_\_

ja  nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12. Ergänzende Angaben / Bemerkungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Erklärung zu den Angaben im Antrag und zur Mitwirkungspflicht**

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 erbrachter Leistungen nach sich ziehen kann.

### **Rückzahlungsregelung und Bankauftrag**

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 (3) und (4) des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) entsprechend anzuwenden. Insbesondere gelten die Blindenhilfefzahlungen als unter Vorbehalt erbracht, die für die Zeit nach dem Ableben überwiesen werden. Überzahlte Beträge der Blindenhilfe sind an das Landratsamt zurück zu überweisen, wenn dieses sie als zu Unrecht erbracht zurückfordert. Ich stelle das kontoführende Geldinstitut nach meinem Ableben gegenüber dem Landratsamt 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 den Behörden nach § 69 Sozialgesetzbuch IX 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 insoweit die beteiligten Ärzte von der Schweigepflicht. Der Übermittlung von Daten an das Landratsamt stimme ich zu.

\_\_\_\_\_  
**Datum und Unterschrift**

des Antragstellers     des Bevollmächtigten / Betreuers     \_\_\_\_\_

Der Antrag kann über das Bürgermeisteramt eingereicht oder per E-Mail oder auf dem Postweg direkt an das Landratsamt gesendet werden.

Landratsamt Hohenlohekreis  
Sozial- und Versorgungsamt  
Allee 17  
74653 Künzelsau