

# Antrag auf Landesblindenhilfe

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



Landratsamt Ravensburg  
Sozial- und Inklusionsamt  
Gartenstraße 107  
88212 Ravensburg

Kennnummer	
Eingangsdatum Antrag	

## 1. Personenangaben

### 1.1 Antragsteller/in

Herr

Frau

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

### 1.2 Angaben zum gesetzlichen Vertreter bei minderjährigen sehbehinderten Menschen

1	Familienname		Vorname		
	Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
	Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)	
2	Familienname		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 1.1 genannten Adresse

An folgendem von Ziffer 1.1 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)

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

## 4. Bankverbindung

Kontoinhaber/in	
IBAN	BIC
Name des Kreditinstituts	

Wer ist Kontoinhaber/in?  Antragsteller/in  Gerichtlich bestellte/r Betreuer/in (lt. Ziffer 3)

## 5. Schwerbehindertenausweis

Wurde für Sie ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt?

nein  ja (Bitte unbedingt eine Kopie der Vorder- und Rückseite des Ausweises sowie den Bescheid des Versorgungsamtes beifügen!)

Das Merkzeichen "Bl" wird/wurde ergänzend beantragt am

Datum (TT.MM.JJJJ)

## 6. Freiheitsentzug/Sicherungsverwahrung/Richterliches Urteil zur Unterbringung

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

nein  ja

## 7. Unterbringung in einem Heim oder sonstiger stationärer Einrichtung

Leben Sie in einem Heim oder sonstigen stationären Einrichtung?  nein  ja

Falls 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)

Name der Einrichtung			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)

Ist die Unterbringung auf Dauer vorgesehen und haben Sie Ihren früheren Wohnsitz aufgegeben?  nein  ja

Auf welche Höhe belaufen sich die monatlichen Unterbringungskosten?

€

Wer trägt diese Kosten?

€

- Antragsteller/in/Unterhaltspflichtige/r/sonstige/n Angehörigen in Höhe von

- Sozialleistungsträger (z.B. Sozialamt) in Höhe von

€

Haben Sie einen Anspruch auf Leistungen nach den Beihilfevorschriften für den öffentlichen Dienst?

nein

ja

Anschrift des letzten gewöhnlichen Aufenthalts 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

- eine 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 Vorfalls

## 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 den Pflegegrad   
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 drauf

- 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 Kriegsofopferfürsorge

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 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.

### 13.2 Rückzahlungsregelung und Bankauftrag bei Überzahlung

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber den Erben oder sonstigen Verfügungsberechtigten im Falle meines Ablebens bezüglich der Blindenhilfeszahlungen die Regelungen des § 118 Absatz 3 und 4 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) entsprechend anzuwenden. Insbesondere gelten Blindenhilfeszahlungen 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.

### 13.3 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 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.

#### **13.4 Hinweis zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten**

Die mit diesem Antrag einschließlich der ärztlichen Bescheinigung 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 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).

#### **14. Ergänzungen und Bemerkungen**

#### **15. Anlagen**

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

## **Einverständniserklärung für die Erhebung und Verarbeitung von Daten nach der Datenschutzgrundverordnung**

Zur Bearbeitung Ihres Anliegens erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen die Erhebung und Verarbeitung aller notwendigen personenbezogenen Daten. Dabei handelt es sich insbesondere um Name, Anschrift, Kontaktdaten sowie sonstige notwendige Angaben. Diese Daten werden auf dem Server der zuständigen Stelle gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Für den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten haben wir alle technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen, um ein hohes Schutzniveau zu schaffen. Wir halten uns dabei strikt an die Datenschutzgesetze und die sonstigen datenschutzrelevanten Vorschriften. Ihre Daten werden ausschließlich über sichere Kommunikationswege an die zuständige Stelle übergeben. Darüber hinaus ist für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Nutzers erforderlich. Eine automatische Löschung erfolgt nach 180 Tagen, insofern entsprechende Daten nicht weiter benötigt werden. In Fällen mit einer gebührenpflichtigen Verarbeitung kann es vorkommen, dass zur Abwicklung der Bezahlung Ihre bezahlrelevanten Daten an den ePayment-Provider übermittelt werden.

Rechte der betroffenen Person: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abzuändern oder gänzlich zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an uns übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen. Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden.

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und nehme diese zur Kenntnis. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben und Daten elektronisch zu den in der Datenschutzerklärung erläuterten Zwecken erhoben und gespeichert werden.