

Antrag auf Landesblindenhilfe

(Gesetz 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. 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 zeitnah 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).

1.	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		Telefon	
	Name		Vorname	Geb.-datum
	PLZ/Wohnort/Straße			seit
	Staatsangehörigkeit		Geburtsort/-land	
	Bei minderjährigen Blinden zusätzlich Name und Adresse der gesetzlichen Vertreter			
	Name		Vorname	
	PLZ/Wohnort/Straße			
	Name		Vorname	
	PLZ/Wohnort/Straße			

2.	Wo ist der gewöhnliche Aufenthalt des Blinden (=Mittelpunkt der Lebensbeziehungen)
	<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 zusätzlich auf Seite 4 die Bescheinigung der Ausländerbehörde ausstellen lassen.

3.	<input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung	
	<input type="checkbox"/> besteht <input type="checkbox"/> besteht nicht (Bitte zutreffendes ankreuzen)	
	Bitte Kopie der Vollmachtserklärung bzw. des Betreuerausweises beifügen	
	Angaben zur Person, die den/die Blinde/n vertritt bzw. Bevollmächtigter/Betreuer	
	Name	Vorname
	PLZ/Wohnort/Straße	
Telefon		

4.	Ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt Wenn ja, bitte eine Kopie der Vorder- und Rückseite des Ausweises beifügen!

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

6.	Unterbringung in einem Heim oder einer sonstigen stationären Einrichtung	
	-eine Unterbringung ist geplant	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ab
	-eine Unterbringung besteht auf Dauer, der frühere Wohnsitz ist aufgegeben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Heimaufnahme am
	Name und Anschrift der Einrichtung	
	Die Unterbringungskosten betragen monatlich	EUR
	Diese Kosten werden getragen von	
	a) Blinde/Unterhaltspflichtige/Angehörige	EUR
	b) Sozialleistungsträger (z.B. Sozialamt)	EUR
	Besteht Anspruch auf Leistungen nach den Beihilfevorschriften für den öffentlichen Dienst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wichtig: Anschrift des letzten gewöhnlichen Aufenthalts vor der Aufnahme in die Einrichtung PLZ/Ort/Bundesland _____	

7.	Tätigkeit/Situation der/des Blinden	
	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 bei der Agentur für Arbeit/kommunalen Arbeitsförderung gemeldet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Versorgung des Familienhaushaltes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Bezug von Berufs- oder Erwerbsminderungsrente (bitte Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8.	Die Sehbehinderung/Blindheit ist zurückzuführen auf	
	Arbeits-/Verkehrs- oder sonstigen Unfall oder strafbare Handlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Kriegs-/Wehrdienstschaden, Impfschaden, Gewalttat usw.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Erkrankung - Diabetes	<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

9.	Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XII)	
	Sind solche Leistungen bei der Pflegekasse beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Werden solche Leistungen bereits gewährt? Falls ja, bitte Pflegestufe angeben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Pflegestufe _____
	Wurden solche Leistungen abgelehnt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Name, Anschrift der Pflegekasse	
	Bitte jeweils Kopie des Bewilligungs-/Ablehnungsbescheides beifügen	

10. Leistungen wegen Blindheit nach anderen Rechtsvorschriften		
Sind beantragt, werden gewährt oder es besteht Anspruch auf:		
Pflegeleistungen/Pflegegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Unterhaltshilfe oder Pflegezulage nach Lastenausgleichsgesetz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hilflosenzuschuss einer österreichischen Pensionsversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere Leistungen wegen Blindheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegeleistungen /Pflegegeld einer privaten Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leistungen einer Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), z.B. Versorgungsrente oder Kriegsofopferfürsorge		
a) Als Kriegsbeschädigte/r, Hinterbliebene/r oder Angehörige/r eines Kriegsbeschädigten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b) Berechtigte/r, Hinterbliebene/r oder Familienangehörige/r eines Berechtigten nach dem Infektionsschutzgesetz (z.B. Impfschadenfälle), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZVG) oder ähnlichen Entschädigungsregelungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erklärung zu den Antragangaben 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 gegen den Erben und sonstigen Verfügungsberechtigten im Fall meines Ablebens bezüglich der Blindenhilfezahlungen die Regelungen des § 118 Abs. 3 und 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 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 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und zum Datenschutz

Zur Klärung des Anspruches auf Blindenhilfe stimme ich zu, dass das Landratsamt Tuttlingen ärztliche Unterlagen an untersuchende bzw. begutachtende Ärzte innerhalb und außerhalb des Landratsamtes Tuttlingen weitergeben darf. Ich stimme weiter zu, dass mich untersuchende, behandelnde oder begutachtende Ärzte dem Landratsamt Tuttlingen Auskünfte zur Klärung des Blindenhilfeanspruches erteilen dürfen. Ich entbinde mich behandelnde, untersuchende oder begutachtende Ärzte von ihrer Schweigepflicht und stimme insoweit der Übermittlung von Daten an das Landratsamt Tuttlingen –Sozialamt- zu.

Ort, Datum

Unterschrift Leistungsberechtigte/r

Unterschrift/en Ehegatte/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

Hinweis zum Antragsverfahren

Bitte den ausgefüllten Antrag vom Bürgermeisteramt des Wohnortes unten bestätigen lassen und entweder direkt oder über das Bürgermeisteramt an das Landratsamt Tuttlingen-Sozialamt zur Entscheidung weiterleiten.

Bei Ausländern ist zusätzlich die Bescheinigung (ebenfalls unten) der Ausländerbehörde erforderlich.

Bestätigung des Einwohnermeldeamtes oder des Bürgermeisteramtes

Die Personen- und Wohnsitzangaben des/der Leistungsberechtigten unter Ziffer 1 und 2 des Antrages werden bestätigt.

Der/die Leistungsberechtigte ist hier gemeldet mit Hauptwohnsitz 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	<input type="checkbox"/> aufgrund eines gültigen Aufenthaltstitels in Form einer <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis nach § _____ Aufenthaltsgesetz <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis nach § _____ Aufenthaltsgesetz <input type="checkbox"/> Visum § _____ Aufenthaltsgesetz
1.2	<input type="checkbox"/> aufgrund einer Aufenthaltsgestattung nach dem Asylverfahrensgesetz
2.	<input type="checkbox"/> Der Aufenthaltstitel (Fallgruppe 1.1) ist <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis _____ <input type="checkbox"/> erloschen/widerrufen
3.	<input type="checkbox"/> Der/die Antragsteller/in ist anerkannte/r Asylant/in.
4.	<input type="checkbox"/> Der Asylantrag ist abgelehnt (Duldung nach § 60 a Aufenthaltsgesetz).
5.	<input type="checkbox"/> Der/die Antragsteller/in ist Spätaussiedler/in.

Bemerkungen

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel der Behörde

