



**Antrag auf Gewährung von Blindenhilfe
gem. § 72 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)**

Dieser Antrag gem. § 72 SGB XII ergänzt den Anspruch auf die vorrangig zustehende Landesblindenhilfe Baden-Württemberg. Dieses Antragsformular dient zur Klärung der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen im Sinne der § 2 u. 19 SGB XII i.V.m. § 72 SGB XII. Ohne Kenntnis der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse d. Leistungsberechtigten (und ggf. der Angehörigen) kann über die Blindenhilfe nach § 72 SGB XII nicht entschieden werden. **Daher ist es erforderlich, den Antrag vollständig auszufüllen.**

1. Persönliche Verhältnisse		
	Leistungsberechtigte/r	Ehe-/Lebenspartner
Name		
Vorname		
Geburtsname/ früher geführte Namen		
Geburtsdatum /-ort		
Familienstand		
Staatsangehörigkeit		
Adresse Hauptwohnsitz		
Adresse Nebenwohnsitz		
Schwerbehindertenausweis	GdB: Merkzeichen:	

Bei Minderjährigen zusätzlich Name und Adresse der gesetzlichen Vertreter angeben		
Name	Vorname	Geburtsdatum
PLZ/Wohnort/Straße		
Name	Vorname	Geburtsdatum
PLZ/Wohnort/Straße		

Betreuer/Bevollmächtigter
Name, Vorname
PLZ/Wohnort/Straße

Kinder und sonstige Personen im Haushalt d. Leistungsberechtigten				
Name/Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis Leistungsberechtigte/r	Familienstand	Tätigkeit/ Beruf
Person Nr. 1				
Person Nr. 2				
Person Nr.3				

2. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft	
Kaltmiete	_____ EUR mtl.
Heizungskosten	_____ EUR mtl.
sonstige Nebenkosten	_____ EUR mtl. => Art _____
Gesamtmiete	_____ EUR mtl.
Mietkaution / Genossenschaftsanteile	_____ EUR
Zusätzliche Kosten bei Haus- oder Wohnungseigentum	
mtl. Zins: _____	mtl. Tilgung: _____
sonstige Aufwendungen: _____	
Lastenzuschuss / Wohngeld: _____	

3. Einkommen (§§ 82 ff SGB XII)					
Art des Einkommens	Leistungsbe- rechtigte/r	Ehe-/Lebens- partner	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3
Einkommen aus nicht- / selbständiger Arbeit					
Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft					
Miet- und Pachteinnahmen					
Altersrente					
Witwen- / Witwerrente					

Art des Einkommens	Leistungsbe- rechtigte/r	Ehe-/Lebens- partner	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3
Waisenrente					
Betriebsrente / Zusatzversorgung					
Versorgungsleistungen (BVG / OEG usw.)					
Erwerbsminderungsrente					
sonstige Renten					
Pensionen					
Verletzten- / Krankengeld					
BAföG-Leistungen					
Wohngeld					
Leistungen der Agentur für Arbeit					
Leistungen n. d. SGB II					
Leistungen n. d. SGB XII					
sonstige Leistungen					
Eltern- / Erziehungsgeld					
Kindergeld/Kinderzuschlag					
Unterhalt (BGB)					
Unterhaltsvorschuss (UVG)					
Kapitalerträge (Zinsen, Dividende)					
Pflegeleistungen der Pflegekasse					
Pflegeleistungen einer privaten Versicherung					
sonstige Einkünfte					

4. Absetzbare Ausgaben (§ 82 Abs. 2 SGB XII)

Absetzbare Ausgaben	Leistungsbe- rechtigte/r	Ehe-/Lebens- partner	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3
Fahrtkosten zur Arbeits- stätte					
Arbeitsmittel					
Hausratversicherung					

Absetzbare Ausgaben	Leistungsbe- rechtigte/r	Ehe-/Lebens- partner	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3
Haftpflichtversicherung					
Altersvorsorge					
Lebensversicherung					
Sterbegeldversicherung					
sonstige Versicherungen					
Sonstiges					

5. Vermögen (§ 90 SGB XII)

Art des Vermögens	Leistungsbe- rechtigte/r	Ehe-/Lebens- partner	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3
Bargeld					
Girokonto					
Taschengeldkonto					
Guthaben auf Spar-, Festgeld-, Bauspar- und sonstigen Konten					
Kraftfahrzeuge					
Haus- und Grundbesitz					
Lebensversicherung, sonst. kapitalbildende Versicherungen					
Sterbegeldversicherung / Bestattungsvorsorge					
Wertpapiere, Aktien, Pfand- und Schatzbriefe usw.					
Geschäftsanteile					
Vertragliche Ansprüche z.B. Wohnrecht, freie Kost usw.					
Schmerzensgeldzahlungen/ Schadenersatz bzgl. Blindheit					
Ansprüche aus Erbengemeinschaft					
Sonstige Vermögenswerte					

6. Übergebenes Vermögen / Schenkungen / Erbensprüche

Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z.B. Haus- und Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt? ja nein

Wenn ja, bitte Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben:

Sind in der Vergangenheit nahe Angehörige verstorben?

Name Geburtsdatum Sterbedatum Verwandtschaftsgrad

7. Bankverbindung

Zu erbringende Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

Name und Vorname des Kontoinhabers	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>
Name der Bank	<input type="text"/>



Bitte fügen Sie zu allen zutreffenden Angaben unter Punkt 2 – 6 entsprechende Nachweise bei sowie eine Kopie des Schwerbehindertenausweises.



Versicherung der Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen/Angaben der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Alle Personen, die sich im Haushalt aufhalten, wurden – unabhängig von einer verwandtschaftlichen Bindung – aufgeführt. Die Angaben zum Einkommen und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche bzw. unvollständige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrug führen können und dass zu Unrecht gewährte Leistungen zu erstatten sind.

Mitwirkungspflichten

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, alle Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich dem Amt für Soziales und Versorgung – Blindenhilfe anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen anzeigen.

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 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 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

- Leistungsberechtigte/r
 Vertreter (Nachweis beifügen)