

**Antrag auf Landesblinderhilfe
nach dem Gesetz über die Landesblinderhilfe 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 Landesblinderhilfe 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 beigelegt 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 Blinderhilfebearbeitung gespeichert und verarbeitet (§§ 4 und 12 LDSG).

1.	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> 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.	<p>Wo ist der gewöhnliche Aufenthalt des Blinden (Mittelpunkt der Lebensbeziehungen)</p> <p><input type="checkbox"/> an der unter Ziffer 1 genannten Adresse</p> <p><input type="checkbox"/> anderer Ort:</p> <p style="padding-left: 20px;">Bundesland:</p>
⇒	<p>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.</p> <p>Bei Ausländern bitte zusätzlich auf Seite 5 die Bescheinigung der Ausländerbehörde ausstellen lassen.</p>

3.	<input type="checkbox"/> Vollmacht	<input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung
	<input type="checkbox"/> besteht	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

7.	Unterbringung in einem Heim, Internat oder sonstiger stationärer Einrichtung	
	Eine Unterbringung ist geplant - ab wann? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Eine Unterbringung besteht auf Dauer, der frühere Wohnsitz ist aufgegeben, Heimaufnahme seit: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	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 Beihilfavorschriften für den öffentlichen Dienst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	⇒ Wichtig - Anschrift des letzten gewöhnlichen Aufenthaltes vor Aufnahme in die Einrichtung	
PLZ: _____ Ort: _____ Bundesland: _____		

8. Tätigkeit / Situation d. 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 Familienhaushalts	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Rentenbezieher / Pensionär	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Bitte Nachweise beifügen.		

9. Die Sehbehinderung / Blindheit ist zurückzuführen auf	Arbeitsunfall, Verkehrsunfall oder sonstigen Unfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Schädigung durch Dritte 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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	angeborene Behinderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	ärztliche Fehlbehandlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sonstige Gründe: _____		

10. Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)	Name der Kranken- / Pflegekasse _____		
	Versichertennummer _____		
	Sind solche Leistungen bei der Pflegekasse beantragt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Werden solche Leistungen bereits gewährt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Falls ja, bitte Pflegegrad angeben: <u>PG</u>		
	Wurden solche Leistungen abgelehnt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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	<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
	Unterhaltshilfe oder Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Schadenersatz, Schmerzensgeld aufgrund Unfall, ärztlicher Fehlbehandlung oder Schädigung durch Dritte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Verfahren bzgl. Schadenersatz, Schmerzensgeld läuft noch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Blindengeld/-hilfe, Leistungen für Sehbehinderte von einer anderen Behörde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sonstige _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Leistungen nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV), z. B. Entschädigungszahlungen oder Kriegsopferversorgung (ehem. Bundesversorgungsgesetz - BVG)		
	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 SGB XIV (Opfer Gewalttat, Schädigung durch eine Schutzimpfung, Schädigung während der Ausübung des Zivildienstes), Soldatenentschädigungsgesetz (SEG) oder ähnlichen Entschädigungsregelungen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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 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 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