



OSTALBKREIS

Landratsamt Ostalbkreis

Integration und Versorgung

Antragseingang: _____ Aktenzeichen: _____

Antrag auf Landesblindenhilfe

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

Hinweis zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die mit diesem Antrag einschließlich der ärztlichen Bescheinigungen erhobenen personenbezogenen Daten i. S. des § 3 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 u. 12 LDSG).

1. Herr Frau

Zuname: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

wohnhaft seit: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____ Telefon: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsort/Land: _____

Familienstand: _____

Bei minderjährigen Blinden zusätzlich Namen und Adresse der gesetzlichen Vertreter:

2. Wo ist der gewöhnliche Aufenthalt des Blinden (Mittelpunkt der Lebensbeziehungen?)

an der unter Ziffer 1 genannten Adresse anderer Ort: _____

Bundesland: _____

Ergänzend zu den Personenangaben bitte vom Sozialamt 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. Es besteht eine Vollmacht gerichtliche bestellte Betreuung

Bitte Kopie der Vollmachtserklärung/Betreuerausweis beifügen

Angaben zur Person, die die/den Blinde/n vertritt bzw. Bevollmächtigter/Betreuer

Zuname: _____ Vorname: _____ Tel.: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

4. **Empfangsberechtigter der Landesblindenhilfe:**

Auszahlungen auf das Konto IBAN: _____ BIC: _____

Name der Bank: _____

Kontoinhaber ist: Hilfeempfänger gerichtlich bestellter Betreuer (lt. Ziff. 3)

5. Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt? ja nein

Wenn ja, bitte unbedingt Kopie der Vorder- und Rückseite des Ausweises beifügen!

6. Besteht für den Blinden Freiheitsentzug oder Sicherungsverwahrung oder ist aufgrund richterlichen Urteils die Unterbringung angeordnet? ja nein

7. Unterbringung in einem Heim oder sonstiger stationärer Einrichtung

Eine Unterbringung ist geplant (ab wann? _____) ja nein

Eine Unterbringung besteht auf Dauer, der frühere Wohnsitz ist aufgegeben (Heimaufnahme am: _____) ja nein

Name und Anschrift der Einrichtung: _____

Die Unterbringungskosten betragen monatlich: _____ Euro

Diese Kosten werden getragen von:

Blinde/Unterhaltspfl./sonstige Angehörige: _____ Euro

Sozialleistungsträger (z. B. Sozialamt): _____ Euro

Besteht Anspruch auf Leistungen nach den Beihilfevorschriften für den öffentlichen Dienst? ja nein

Wichtig: Anschrift des letzten gewöhnlichen Aufenthaltes vor Aufnahme in die Einrichtung

PLZ: _____ Ort: _____ Bundesland: _____

8. Tätigkeit/Situation der/des Blinden

Bei Kindern: Frühförderung/Kindergarten/Schule _____ ja nein

Berufstätig/beschäftigt/in Ausbildung als: _____ ja nein

Arbeitsuchend bei der Agentur für Arbeit gemeldet ja nein

Versorgung des Familienhaushalts ja nein

Bezug von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente ja nein

(Bitte Bescheid beifügen)

9. Die Sehbehinderung/Blindheit ist zurückzuführen auf

Arbeits-/Verkehrs- oder sonstigen Unfall oder strafbare Handlung ja nein

Kriegs-/Wehrdienstschaden, Impfschaden usw. ja nein

Erkrankung ja nein

Angeborene Behinderung ja nein

Sonstige Gründe: _____

10. Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)

Sind solche Leistungen bei der Pflegekasse beantragt? ja nein

Werden solche Leistungen bereits gewährt? ja nein

Falls ja, bitte Pflegegrad angeben: _____

Wurden solche Leistungen abgelehnt? ja nein

Name/Anschrift der Pflegekasse: _____

Bitte Kopie des Bewilligungs-/Ablehnungsbescheides beifügen

11. Leistungen wegen Blindheit nach anderen Rechtsvorschriften

Es ist beantragt, wird gewährt oder es besteht Anspruch auf:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Pflegeleistungen/Pflegegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Unterhaltshilfe oder Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hilflosenzuschuss einer österreichischen Pensionsversicherung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Andere Leistungen wegen Blindheit: _____ | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Pflegeleistungen/Pflegegeld einer <u>privaten</u> Unfallversicherung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Leistungen einer Haftpflichtversicherung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Bitte Zeitpunkt und Art des schädigenden Vorfalles angeben:

Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (Kriegsbeschädigter) oder Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären (zum Beispiel Beschädigter nach dem Häftlinghilfegesetz, Opferentschädigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Infektionsschutzgesetz)

ja nein

Familienangehöriger eines Beschädigten nach den obigen Gesetzen

ja 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 und die Erhöhung 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 gegenüber den Erben und sonstigen Verfügungsberechtigten im Falle meines Ablebens bzgl. der Blindenhilfefzahlungen die Regelungen des § 118 Abs. 3 u. 4 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) entsprechend anzuwenden. Insbesondere gelten Blindenhilfefzahlungen als unter Vorbehalt erbracht, die für die Zeit nach dem Ableben überwiesen werden. Überzahlte Beträge der Blindenhilfe sind an das Landratsamt Ostalbkreis zurück zu überweisen, wenn dieses sie als zu Unrecht erbracht zurückfordert. Ich stelle das kontoführende Geldinstitut nach meinem Ableben gegenüber dem Landratsamt Ostalbkreis 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

Soweit zur Klärung des Blindenhilfeanspruchs nach Grund und Höhe und der Pflegebedürftigkeit das Landratsamt Ostalbkreis die Vorlage bzw. Einsichtnahme in die ärztlichen und sonstigen Unterlagen von Ärzten, Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Kranken- und Pflegekassen (einschließlich der Unterlagen deren Medizinischen Dienstes), der Landratsämter, Beihilfestellen und Krankenversicherungen, Gutachtern und sonstigen öffentlichen Stellen oder Behörden benötigt, stimme ich der Übermittlung von Daten zu und entbinde soweit die beteiligten Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht. Der Übermittlung von Daten an das Landratsamt Ostalbkreis stimme ich zu.

Ort, Datum

Unterschrift des Blinden Ehegatte Vertreter

Wichtig: Nachdem der Antrag ausgefüllt ist, soll dieser der Sozialbehörde/Sozialamt oder Bürgermeisteramt des Wohnortes zur Bestätigung (s. Seite 4) eingereicht werden. Der Antrag wird dann von der Behörde an das Landratsamt Ostalbkreis, Stuttgarter Str. 41, 73430 Aalen, Tel.: 07361 503-0 weitergeleitet.

Bei Ausländern ist zusätzlich die Bescheinigung der Ausländerbehörde (s. Seite 4) erforderlich.

Bestätigung der örtlichen Sozialbehörde oder des Bürgermeisteramtes

1. Die Personen- und Wohnsitzangaben des Antragstellers unter Ziffer 1 und 2 des Antrages werden bestätigt.

Antrag hier gestellt am: _____

durch persönliche Vorsprache des Blinden und/oder Vertreters

durch Einreichen des Antragsformulars

Der/die Antragsteller/in ist hier gemeldet mit: Hauptwohnsitz Nebenwohnsitz

2. Die Unterlagen werden urschriftlich an das zuständige Landratsamt (s. Seite 3) weitergeleitet.

Anlagen: augenärztliche Bescheinigung letzter ergangener Bescheid der Pflegekasse

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel der Behörde

Bescheinigung der Ausländerbehörde für Antragsteller ohne deutsche Staatsbürgerschaft

Bei Ausländern/Ausländerinnen: Aufenthaltsstatus

Aufenthaltserlaubnis

Niederlassungserlaubnis

sonstiger Ausländer/sonstige Ausländerin (EU, EWR, Schweiz)

Asylberechtigte(r)

Kontingentflüchtling

Asylbewerber/-in

sonstiger Personenkreis AsylbLG

Aufenthaltserlaubnis/Duldung von - bis (Nachweis ist erforderlich)

Anschrift (Straße, Hausnummer, Zusatz, PLZ, Ort)

Telefon

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel der Behörde