

Landratsamt Main-Tauber-Kreis

Antrag auf Gewährung von Landesblindenhilfe nach dem Blindenhilfegesetz für Baden-Württemberg

Eingangsstempel

Bitte beachten Sie:
Soweit Sie zusätzlich einen Antrag auf Blindenhilfe nach § 72 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch stellen wollen, benutzen Sie bitte hierfür den Antrag auf Gewährung von Sozialleistungen nach dem 5. - 9. Kapitel SGB XII

1. Persönliche Angaben

	Nachfragende Person	Gesetzliche Vertreter bei minderjährigen sehbehinderten Menschen
Familienname		
Geburtsname, Name aus früheren Ehen		
Vorname/n		
Geburtsdatum/Geburtsort		
Adresse / PLZ Wohnort		_____
Telefon Nr.		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	X
Rentenversicherungsnummer		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> sonstiges _____ <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	
Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige <input type="checkbox"/> Kind	
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus (Ausländer – Kopie Ausweis beifügen)		
In Deutschland lebend seit Geburt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Jahr des Zuzugs _____	
Vormund/Betreuer/ Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anschrift:	
Ggf. bitte Vollmacht/Urkunde beifügen		

2. Gewöhnlicher Aufenthalt

Wo haben Sie Ihren Mittelpunkt der Lebensbeziehungen (gewöhnlicher Aufenthalt)?

An der unter Ziffer 1 (Persönliche Angaben) genannten Adresse

An folgendem Ort _____
Anschrift (PLZ/Ort) / Bundesland

3. Schwerbehindertenausweis

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis nach § 69 SGB IX mit dem Merkzeichen „Bl“?

nein

ja

Wenn *ja*, bitte Kopie des Ausweises (Vorder- und Rückseite) sowie den Bescheid des Versorgungsamtes beifügen.

Wenn *nein*, wurde ein entsprechender Antrag gestellt? nein ja

Wenn *ja*, bitte Antragsdatum angeben _____

4. Freiheitsentzug, Sicherungsverwahrung, Richterliches Urteil zur Unterbringung

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

nein

ja

5. Angaben zur Pflege

5.1 Wurde Ihnen ein Pflegegrad zuerkannt?

ja, und zwar Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

nein

Sofern Ihnen ein Pflegegrad zuerkannt wurde, fügen Sie bitte den Bescheid der Pflegekasse bei.

5.2 Unterbringung in einem Heim oder sonstigen stationären Einrichtung

Handelt es sich bei der unter 1. Anschrift um ein Pflegeheim oder eine sonstige Einrichtung?

nein

ja

Wenn *nein*, ist die Aufnahme in ein Pflegeheim oder eine sonstige stationäre Einrichtung geplant?

nein

ja

Wenn *ja*,
Name der Einrichtung _____

Geplanter Tag der Aufnahme _____

6. 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 Jobcenter gemeldet? nein ja

Haben Sie einen Familienhaushalt zu versorgen? nein ja

Beziehen Sie Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente? nein ja

7. Ursache der Sehbehinderung / Blindheit

Ist die Sehbehinderung zurückzuführen auf

- einen 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

Bitte geben Sie hier sonstige Gründe der Sehbehinderung/Blindheit an sowie ggf. Zeitpunkt und Art des schädigenden Ereignisses

8. Leistungen wegen Blindheit nach anderen Rechtsvorschriften

Haben Sie eine der folgenden Leistungen beantragt oder besteht ein Anspruch darauf?

- 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

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? nein ja
(z.B. Impfschadensfall, Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldaten-Versorgungsgesetz (SVG) oder ähnlichen Entschädigungsregelungen?

Haben Sie andere Leistungen wegen Blindheit beantragt oder besteht ein Anspruch darauf?

nein ja, folgende _____

9. Bankverbindung

Die Blindenhilfe soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

IBAN: _____ BIC: _____

Kontoinhaber: _____

10. Hinweise und Erklärungen

10.1 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. Sollte ich einen Anspruch gegen Dritte geltend machen, werde ich das Landratsamt unverzüglich informieren.

10.2 Erklärung zur medizinischen Schweigepflicht

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 Blindenhilfeanspruchs und der Pflegebedürftigkeit stimme ich zu und entbinde insoweit die beteiligten Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht. Der Übermittlung der Daten an das Amt für Pflege und Versorgung - Sachgebiet Schwerbehinderung - stimme ich zu.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum, Unterschrift

Erklärung und Einwilligung zum Datenschutz

Ich bin darüber informiert, dass die für die Gewährung der Blindenhilfe erforderlichen personenbezogenen Daten in einem automatisierten Verfahren verarbeitet und gespeichert werden. Rechtsgrundlage für die Erhebung der Daten sind die Bestimmungen des Landesblindenhilfegesetzes in Verbindung mit den §§ 60 ff SGB I und den §§ 67 ff SGB X. Nach Maßgabe des § 118 SGB XII werden meine Daten zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Vermittlungsstelle übermittelt (§ 3 Abs.1 der DVO zu § 118 SGB XII). Nach § 93 Abgabenordnung kann das Landratsamt Konten beim Bundeszentralamt für Steuern überprüfen.

Weitere Informationen zu Ihren datenschutzrechtlichen Informationsrechten nach Art.13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) finden Sie in einem Hinweisblatt auf der Homepage des Landratsamtes (www.main-tauber-kreis.de).

Auf Wunsch senden wir Ihnen die datenschutzrechtlichen Bestimmungen auch gerne in Papierform zu.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, das Hinweisblatt zum Datenschutz erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben. In die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten willige ich ein.

Ort, Datum, Unterschrift

Stellungnahme der Stadt/Gemeinde

Die im Antrag gemachten Angaben wurden soweit wie möglich geprüft und können insoweit - insbesondere melderechtlich bestätigt werden

Ort, Datum, Unterschrift

Behörde mit Anschrift:

Sachbearbeiter:

Tel.:

Aktenzeichen:

Stellungnahme der Ausländerbehörde

(nur auszufüllen, sofern keine deutsche Staatsangehörigkeit vorliegt)

Die nachfragende Person zu Ziffer 1 des Antrags befindet sich in Baden-Württemberg mit folgendem ausländerrechtlichen Status:

- gültiger Aufenthaltstitel in Form einer
 - Aufenthaltserlaubnis nach _____ AufenthG
 - Niederlassungserlaubnis nach _____ AufenthG
- Aufenthaltsgestattung nach dem Asylverfahrensgesetz
- Duldung nach _____ AufenthG
- ist vollziehbar ausreisepflichtig, auch wenn eine Abschiebungsanordnung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist
- ist Ehegatte/Ehegattin/minderjähriges Kind einer Person, bei der folgendes Merkmal erfüllt ist _____

Gültigkeit des Aufenthaltstitels

- Es liegt ein Aufenthaltstitel mit einer Gesamtgeltungsdauer von mehr als 6 Monaten vor
von _____ bis _____
- Der Aufenthaltstitel ist
 - unbefristet
 - befristet bis _____
 - erloschen/widerrufen
- Die nachfragende Person ist anerkannte/r Asylberechtigte/r
- Der Asylantrag ist abgelehnt (Duldung nach § _____ AufenthG)

Bemerkungen

Für die Richtigkeit:

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel der Behörde