

Antrag auf Landesblindenhilfe

(Gesetz über die Landesblindenhilfe in 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 im Sinne des § 3 des Landesdatenschutzgesetzes (LDSG) sind zur Durchführung des Gesetzes über die Landesblindenhilfe bzw. Bearbeitung dieses Antrags erforderlich – Erhebungszweck – (§ 13 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 (§ 13 Abs. 1 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 15 LDSG).

1. Antragsteller/ in

Name: _____ Vorname: _____ Geburtstag: _____

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

PLZ: _____ Ort: _____ Strasse _____ Tel. _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsort/ Land: _____

Bei minderjährigen Blinden zusätzlich Name und Adresse der gesetzlichen Vertreter:

2. Wo ist der gewöhnliche Aufenthalt der blinden Person (= Mittelpunkt der Lebensbeziehungen)? an der unter Ziffer 1. genannten Adresse an folgender Adresse: _____

Bundesland: _____

3. Eine Vollmacht ist erteilt Es ist eine gerichtlich bestellte Betreuung eingerichtet *Angaben zur Person, die den Antragsteller/ die Antragstellerin vertritt:*

Name: _____ Vorname: _____ Geburtstag: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Strasse _____

Telefon: _____ Vollmacht / Betreuerausweis bitte vorlegen.

4. Die Blindenhilfe soll wie folgt ausgezahlt werden:

Name der Bank: _____

Konto-Nr.: _____ BLZ _____

IBAN: _____ BIC _____

Kontoinhaber ist Antragsteller/ in Bevollmächtigte Person gerichtlich bestellte/r Betreuer/in**5. Ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt? Ja Nein**

Wenn „Ja“, bitte Kopie beifügen (Vor- und Rückseite)!

Merkzeichen BI

festgestellt:

 Ja Nein**6. Besteht für die blinde Person Freiheitsentzug oder Sicherungsverwahrung oder ist auf Grund eines richterlichen Urteils die Unterbringung angeordnet** ja nein

7. Unterbringung in einem Heim oder in einer sonstigen stationären Einrichtung oder in einer betreuten Wohnanlage

- eine Heimunterbringung ist geplant ab _____
- eine Heimunterbringung besteht auf Dauer. Die Heimaufnahme erfolgte am _____

Adresse der Einrichtung: _____
Name, Straße, PLZ Ort

- Der Einzug in die betreute Wohnanlage erfolgte am _____

Der gewöhnliche Aufenthalt vor der Heimunterbringung bzw. vor der Aufnahme in die betreute Wohnanlage war unter folgender Adresse:

Strasse, PLZ, Ort

Die Heimkosten betragen monatlich _____ EUR

Diese Kosten werden getragen von der blinden Person in Höhe von _____ EUR

Sozialleistungsträger in Höhe von _____ EUR
(z.B. Sozialamt, Pflegekasse, Rententräger)

Besteht ein Anspruch auf Leistungen nach den Beihilfavorschriften des öffentlichen Dienstes?

ja nein

8. Tätigkeit / Situation der blinden Person

Bei Kindern: Frühförderung Kindergarten Schule

in Ausbildung als: _____

berufstätig/ beschäftigt bei: _____

arbeitssuchend beim Arbeitsamt gemeldet

Versorgung des Familienhaushaltes

Bezug von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente (Bitte Bescheid beifügen!)

9. Die Sehbehinderung ist zurückzuführen auf

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

Kriegs-/ Wehrdienst-/ Zivildienst-Schaden, Impfschaden usw.

Erkrankung

Angeborene Sehbehinderung

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 (Grad 1, 2, 3, 4 oder 5): _____

Wurden solche Leistungen abgelehnt?

ja nein

Name und Anschrift der Pflegekasse: _____

(Bitte Kopie des Bewilligungs- / Ablehnungsbescheides beifügen!)

<p>11. Leistungen wegen Blindheit nach anderen Rechtsvorschriften</p> <p><i>Es ist beantragt/Es werden gewährt/ Es besteht Anspruch auf</i></p> <p><input type="checkbox"/> Pflegeleistungen/ Pflegegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung.....</p> <p><input type="checkbox"/> Unterhaltshilfe oder Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz.....</p> <p><input type="checkbox"/> Hilflosenzuschuss aus der Österreichischen Pensionsversicherung.....</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegeleistungen einer <u>privaten</u> Unfallversicherung.....</p> <p><input type="checkbox"/> Leistungen einer Haftpflichtversicherung..... (Bitte Zeitpunkt und Art des schädigenden Vorfalls angeben:) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Andere Leistungen wegen Blindheit: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) vom Versorgungsamt oder der Kriegsofopferfürsorge</p> <p><input type="checkbox"/> als Kriegsbeschädigte/r oder als Hinterbliebene/r oder Familienangehörige/r eines/ einer Kriegsbeschädigten</p> <p><input type="checkbox"/> als Beschädigte/r oder als Hinterbliebene/r oder Familienangehörige/r eines/ einer Beschädigten nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Infektionsschutzgesetz (z.B. Impfschadensfälle), nach den SED-Unrechtsbereinigungsgesetzen oder ähnlichen Entschädigungsregelungen</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

Erklärung zu den Antragsangaben und zur Mitwirkungspflicht

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 erbrachter Leistungen nach sich ziehen kann.

Rückzahlungsregelung und Bankauftrag

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

Der Vorlage der medizinischen und sonstigen Unterlagen bei Gutachtern, Ärzten und den Versorgungsämtern (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 insoweit die beteiligten Ärzte von der Schweigepflicht.
Der Übermittlung von Daten an das Sozialamt stimme ich zu.

Ort, Datum und Unterschrift der blinden Person des/der Bevollmächtigten des gesetzlichen Betreuers

Bestätigung des Bürgermeisteramts

Die Personen- und Wohnsitzangaben des Antragstellers / der Antragstellerin unter Ziffer 1 und 2 des Antrags werden bestätigt. Er / Sie ist hier gemeldet:

- mit Hauptwohnsitz seit _____
- mit Nebenwohnsitz seit _____
- in einer betreuten Wohnanlage seit _____
- in einer vollstationären Einrichtung seit _____

Der / Die Antragsteller/ in ist Ausländer/in und Bürger/in aus

- einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union
- Liechtenstein, Norwegen und Island

- Bitte eine Kopie des Reisepasses oder ein sonstiges gültiges Ausweisdokument beifügen. –

Der / Die Antragsteller/ in ist sonstige/ r Ausländer/ in

- Bitte gültiges Aufenthaltsdokument beifügen, falls vorhanden. Eventuell weitere notwendige Erhebungen bei der Ausländerbehörde werden durch das Landratsamt durchgeführt. –

Bemerkungen:

Datum, Unterschrift und Stempel Bürgermeisteramt