

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 – (§ 11 LDSG). Der Antrag kann jedoch nur rasch bearbeitet werden, wenn alle Fragen sorgfältig beantwortet und die erforderlichen Bescheinigungen 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 Blindenhilfebearbeitung gespeichert und verarbeitet (§§ 4 und 12 LDSG).

1. Antragsteller/-in

Name: _____ Vorname: _____ Geburtstag: _____

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Telefon (Angabe freiwillig): _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsort/Land: _____

Bei minderjährigen Personen 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: _____

Bei Ausländern bitte zusätzlich auf Seite 4 die Bescheinigung der Ausländerbehörde ausstellen lassen!

3. Eine Vollmacht ist erteilt Es ist eine gerichtlich bestellte Betreuung eingerichtet (Bitte Kopie der Vollmacht/Betreuerausweis beifügen!)

Angaben zur Person, die den Antragsteller/die Antragstellerin vertritt:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtstag: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Telefon (Angabe freiwillig): _____

4. Empfangsberechtigter der Landesblindenhilfe

Auszahlungen auf das Konto mit der IBAN _____

BIC: _____ Name der Bank: _____

Kontoinhaber ist Antragsteller/-in Bevollmächtigte Person/gerichtlich bestellter Betreuer

5. Ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt? Nein Ja (Bitte Kopie des gesamten Ausweises beifügen!)

Das Merkzeichen „Bl“ wird/wurde ergänzend beantragt am _____

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

eine Unterbringung ist geplant ab _____

eine Unterbringung besteht auf Dauer, die Heimaufnahme erfolgte am _____

Adresse der Einrichtung: _____
Name, Straße, PLZ, Ort

Der gewöhnliche Aufenthalt vor der Heimunterbringung 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 Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes?

ja

nein

Anschrift des letzten gewöhnlichen Aufenthaltes vor Aufnahme in die Einrichtung:

Straße, PLZ, Ort

8. Tätigkeit/Situation der blinden Person

Bei Kindern: Frühförderung Kindergarten Schule

in Ausbildung als: _____

berufstätig/beschäftigt bei: _____ als: _____

arbeitssuchend bei der Agentur für Arbeit gemeldet

Versorgung des Familienhaushaltes

Bezug von Altersrente oder Rente wegen Erwerbsminderung (bitte Bescheid beifügen!)

9. Die Sehbehinderung ist zurückzuführen auf

Arbeits-/Verkehrs- oder sonstigen Unfall oder strafbare Handlung

Kriegs-/Wehrdienstschaden, Impfschaden usw.

Erkrankung

angeborene Sehbehinderung

Sonstige Gründe: _____

10. Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)

Name der Krankenkasse: _____

Sind Pflegeleistungen (z.B. Pflegegeld, Pflegesachleistungen,) bei der Pflegekasse beantragt?.....

ja nein

Werden solche Leistungen bereits gewährt?.....

ja nein

Falls „Ja“ bitte Pflegegrad angeben: _____

Wurden solche Leistungen abgelehnt?.....

ja nein

(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><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) vom Versorgungsamt oder der Kriegsopferfürsorge</p> <p><input type="checkbox"/> als Kriegsbeschädigte/r oder Angehörige/r eines/einer Kriegsbeschädigten</p> <p><input type="checkbox"/> als Berechtigte/r oder Familienangehöriger eines/einer Berechtigten nach dem Bundesseuchengesetz (z.B. Impfschadensfälle), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZVG) 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 Abs. 3 und 4 des Sozialgesetzbuches – Sechstes Buch (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 die Stadt Heilbronn zurück zu überweisen, wenn diese sie als zu Unrecht erbracht zurückfordert. Ich stelle das kontoführende Geldinstitut nach meinem Ableben gegenüber der Stadt 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 der/des Bevollmächtigten des gesetzlichen Betreuers

Bescheinigung der Ausländerbehörde für Antragsteller ohne deutsche Staatsangehörigkeit

1. Der Antragsteller/die Antragstellerin befindet sich in Baden-Württemberg

1.1 auf Grund einer gültigen Aufenthaltsgenehmigung in Form einer

Aufenthaltserlaubnis nach § _____ AufenthG

Niederlassungserlaubnis nach § _____ AufenthG

1.2 auf Grund einer Aufenthaltsgestattung nach dem Asylverfahrensgesetz

1.3 auf Grund einer Duldung nach § 60a AufenthG

und ist

vollziehbar ausreisepflichtig, auch wenn eine Abschiebungsandrohung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist

Ehegatte/minderjähriges Kind einer Person, die von den oben genannten Merkmalen der Ziffern 1.1 bis 1.3 das Merkmal der Ziffer _____ erfüllt

2. Es liegt ein Aufenthaltstitel (Fallgruppe aus 1.1 = _____) mit einer Gesamtgeltungsdauer von mehr als 6 Monaten vor (von: _____ bis _____).

3. Der Aufenthaltstitel (Fallgruppe 1.1) ist

unbefristet befristet bis _____ erloschen/widerrufen

4. Der/die Antragsteller/-in ist anerkannter/anerkannte Asylberechtigte/r

5. Der Asylantrag ist abgelehnt (Duldung nach § _____ AufenthG)

Anmerkungen: _____

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel der Behörde