

Antrag auf Landesblindenhilfe

Gesetz Baden-Württemberg vom 08.02.1972 in der derzeitigen Fassung



Landratsamt Ravensburg
Sozial- und Inklusionsamt
Gartenstraße 107
88212 Ravensburg

Eingangsdatum Antrag:

1. Personenangaben

1.1 Antragsteller/in Herr Frau

| | | | |
|-----------------------------|---------------------------|---------|----------------------------|
| Familiennamen | | Vorname | |
| Straße | Hausnummer | PLZ | Ort |
| Staatsangehörigkeit * | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | | Geburtsort |
| Telefon (Angabe freiwillig) | Fax (Angabe freiwillig) | | E-Mail (Angabe freiwillig) |

* bei Ausländer/innen Nachweis über den Aufenthaltsstatus beifügen

1.2 Angaben zu gesetzlichen Vertretern

bei Minderjährigen (Sorgeberechtigte/gesetzliche Betreuung):

| | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------|---------|----------------------------|
| 1 | Familiennamen | | Vorname | |
| | Straße | Hausnummer | PLZ | Ort |
| | Telefon (Angabe freiwillig) | Fax (Angabe freiwillig) | | E-Mail (Angabe freiwillig) |
| 2 | Familiennamen | | Vorname | |
| | Straße | Hausnummer | PLZ | Ort |
| | Telefon (Angabe freiwillig) | Fax (Angabe freiwillig) | | E-Mail (Angabe freiwillig) |

bei Volljährigen:

Vollmacht gesetzliche Betreuung **bitte Kopie Vollmacht oder Betreuerausweis beilegen**

1.3 Gewöhnlicher Aufenthalt

Wo haben Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt (= Mittelpunkt der Lebensbeziehungen)?

An der unter Ziffer 1.1 genannten Adresse

An folgendem von Ziffer 1.1 abweichendem Ort

| | | | |
|--------|------------|-----|-----|
| Straße | Hausnummer | PLZ | Ort |
|--------|------------|-----|-----|

2. Bankverbindung auf die das Landesblindengeld geleistet werden soll.

| | |
|--------------------------|-----|
| Kontoinhaber/in | |
| IBAN | BIC |
| Name des Kreditinstituts | |

3. Schwerbehindertenausweis

Besitzen Sie bereits einen Schwerbehindertenausweis oder wurde er beantragt?

- ja, bitte eine Kopie der Vorder- und Rückseite des Ausweises beifügen
- Das Merkzeichen "BL"(Blindheit)....
- wurde bewilligt
- wurde beantragt am _____
- wurde abgelehnt/entzogen am _____
- nein

Im Rahmen unserer Beratungspflicht empfehlen wir Ihnen einen Schwerbehindertenausweis zu beantragen. Ein solcher Ausweis bringt Ihnen u.a. finanzielle Vorteile bei Eintritten, im Nahverkehr oder im Steuerrecht.

Ein **Antragsformular** können Sie auf der Homepage des Landkreises Ravensburg aufrufen, wenn Sie dort im Suchfeld „Antrag Schwerbehindertenrecht“ eingeben

Wenn Sie einen entsprechenden Antrag stellen, bitten wir um einen kurzen Hinweis.

4. Freiheitsentzug/Sicherungsverwahrung/Richterliches Urteil zur Unterbringung

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

- nein ja

5. Unterbringung in einem Heim oder sonstiger stationärer Einrichtung

Leben Sie in einem (Pflege-) Heim oder sonstigen stationären Einrichtung (z. Bsp. besondere Wohnform SGB IX)?

- nein
- Falls nein, ist eine Unterbringung in einem Heim oder sonstigen stationären Einrichtung geplant?
- nein ja, ab _____
- ja, letzte Anschrift vor Aufnahme in die Einrichtung

| | | | |
|--------|------------|-----|-----|
| Straße | Hausnummer | PLZ | Ort |
|--------|------------|-----|-----|

6. Tätigkeit/Situation des sehbehinderten Menschen zwischen 18 und 67 Jahre

Ich bin

- Rentner/in aus eigener Versicherung nein ja
- Schüler/Schülerin? nein ja
- berufstätig oder in Ausbildung? nein ja
- arbeitssuchend beim Arbeitsamt gemeldet? nein ja

7. Ursache der Sehbehinderung/Blindheit

Ist die Sehbehinderung/Blindheit zurückzuführen auf

- eine 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

Sonstige Gründe der Sehbehinderung/Blindheit:

8. Leistungen der Pflegeversicherung

Name Ihrer gesetzlichen / privaten Pflegekasse: _____

Beihilfeberechtigt keine Pflegeversicherung

Ein Pflegegrad wurde bereits von der Pflegekasse festgestellt oder dort beantragt?

nein ja, beantragt am _____ ja, aber abgelehnt am _____

ja, bewilligter Pflegegrad (1-5) _____ **Bitte letzten Pflegegradbescheid beifügen**

9. Leistungen wegen Blindheit nach anderen Rechtsvorschriften

Erhalten Sie Blindenhilfe von einem Bundesland außerhalb Baden-Württembergs?

nein ja, bitte Nachweis beilegen

Erhalten Sie Leistungen aufgrund Ihrer Blindheit nach anderen Rechtsvorschriften (z. Bsp. Unfallversicherung, Lastenausgleichsgesetz, Soziale Entschädigung (SGB XIV) oder weitere)?

nein ja, bitte Nachweise beifügen

10. Hinweise und Erklärungen

10.1 Erklärung zu Antragsangaben und zur Mitteilungspflicht

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und zutreffen/richtig sind. Es ist mir bekannt, dass zu Unrecht gezahlte Leistungen wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben von mir zurückzuzahlen sind und falsche/unwahre Angaben strafrechtlich verfolgt werden.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für den Anspruch auf Blindenhilfe maßgeblich sind - insbesondere Augenoperationen, Änderungen der Sehfähigkeit, Änderungen des Aufenthaltsortes bzw. länger als 1 Monat andauernden Aufenthalt (Reise) außerhalb von Baden-Württemberg, Heimaufnahme oder Pflegeleistungsbewilligung - unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

10.2 Erklärung zur medizinischen Schweigepflicht und zum Datenschutz

Zur Bestätigung bzw. Überprüfung vorstehender Angaben und soweit das Landratsamt Ravensburg zur Klärung des Blindenhilfeanspruchs und für die Gewährung und Zahlung der Blindenhilfe weitere Auskünfte und Daten oder die Einsichtnahme in die ärztlichen und sonstigen Unterlagen von Ärzten, Gutachtern, Krankenhäusern, Reha- und Pflegeeinrichtungen, Kranken- und Pflegekassen einschl. med. Dienst (MDK), Beihilfestellen, Behörden, Finanzämtern, Gerichten, Landratsämtern (einschl. dortiger Ausländerbehörde, Führerscheinstelle, Gesundheits- und Kreissozialamt, Flüchtlingshilfe usw.), Sozialleistungs- und Sozialversicherungsträgern, Versicherungen (bei Prüfung der Blindheit als Unfallfolge bzw. Berufskrankheit) und sonstigen öffentlichen/staatlichen Stellen (u.a. Agentur für Arbeit, Auslandsvertretungen/Botschaft/Konsulat, BAMF, Gemeinde-/Kreis-/Stadtverwaltungen einschl. Meldeordnungs- und Straßenverkehrsämtern, Versorgungsverwaltung) - soweit unzutreffend bitte durchstreichen - benötigt, stimme ich ihrer Erhebung, Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung zu und entbinde insoweit die beteiligten Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt bis zu einem Widerruf für die Dauer des Antragsverfahrens und für die Bezugsdauer der Blindenhilfe, einschließlich der regelmäßigen Überprüfungen der Anspruchsvoraussetzungen für die Gewährung der Blindenhilfe.

10.3 Hinweis zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die mit diesem Antrag einschließlich der ärztlichen Bescheinigung erhobenen personenbezogenen Daten i. S. d. § 67 des Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) sind zur Durchführung des Gesetzes über die Landesblindenhilfe (BliHG) bzw. Bearbeitung dieses Antrages erforderlich – Erhebungszweck - § 67 a SGB X und § 35 SGB I).

Der Antrag kann jedoch nur rasch bearbeitet werden, wenn alle Fragen sorgfältig beantwortet und die erforderlichen Bescheinigungen beigelegt sind. Mir ist bekannt, dass mir die beantragten Leistungen ohne weitere Ermittlungen ganz oder teilweise versagt werden können, wenn ich meinen Mitwirkungspflichten nicht nachkomme (§ 66 SGB I).

Ich bin darüber informiert, dass personenbezogene Daten im gesetzlich zulässigen Rahmen gespeichert und verarbeitet werden. Die Daten können in anonymisierter Form auch für statistische Zwecke verwendet werden.

11. Anlagen

Das Sozial- und Inklusionsamt hat zur Bearbeitung Ihrer Leistungen die elektronische Akte eingeführt. In diesem Zusammenhang werden **alle** eingehenden Dokumente und Unterlagen digitalisiert und nach einer kurzen Aufbewahrungsfrist von drei Wochen vernichtet.

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag daher keine Originaldokumente bei, sondern nur Kopien.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bescheid über Pflegegrad | <input type="checkbox"/> Vollmacht/Betreuerausweis |
| <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis | <input type="checkbox"/> Ärztliche Unterlagen |
| <input type="checkbox"/> Blindenhilfebescheid von einem Bundesland außerhalb Baden-Württembergs | |
| <input type="checkbox"/> Nachweis auf Leistungen wegen Blindheit aufgrund anderer Rechtsvorschriften | |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsstatus | <input type="checkbox"/> _____ |

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Betreuer/gesetzlicher Vertreter

Einverständniserklärung für die Erhebung und Verarbeitung von Daten nach der Datenschutzgrundverordnung

Informationen zum Schutz personenbezogener Daten bei deren Verarbeitung durch das Landratsamt Ravensburg (Sozial- und Inklusionsamt) nach Artikel 13 und Artikel 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf der Internetseite des Landratsamtes unter dem Menüpunkt „Sozial- und Inklusionsamt“ / „Informationsblätter und Hinweise zum Datenschutz nach Art 13 und 14 DSGVO“.

Auf Wunsch übersenden wir Ihnen diese Informationen auch in Papierform.