

Stadt Mannheim
Fachbereich Arbeit und Soziales
- Blindenhilfe –
K 1, 7-13
68159 Mannheim

STADTMANNHEIM²

Arbeit und Soziales

Antragseingang: _____

Antrag auf Landesblindenhilfe

gem. Gesetz über die Landesblindenhilfe Baden-Württemberg (BliHG)
vom 08.02.1972 in der derzeit gültigen Fassung

Hinweis zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die mit diesem Antrag einschließlich der ärztlichen Bescheinigungen erhobenen personenbezogenen Daten im Sinne der § 1 ff. des Landesdatenschutzgesetzes Baden-Württemberg (LDSG), § 8 Abs. 1 BliHG i.V.m. §§ 67 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) sind zur Durchführung des BliHG bzw. zur Bearbeitung dieses Antrages erforderlich, § 4 LDSG, § 67a SGB X. Der Antrag kann jedoch nur rasch bearbeitet werden, wenn alle Fragen sorgfältig beantwortet und die erforderlichen Bescheinigungen beigefügt sind. Die erhobenen Daten werden durch ein automatisches Verfahren, einschließlich der Weiterverarbeitung in einem Rechenzentrum, (Datenverarbeitung) für Zwecke der Blindenhilfebearbeitung gespeichert und verarbeitet (§§ 4 ff. LDSG und §§ 67a ff. SGB X).

1) Angaben zum Antragsteller

Herr Frau

Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Anschrift seit: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____ Telefon: _____

Geburtsort/Land: _____

Staatsangehörigkeit: _____ (Bei nicht-deutscher Staatsangehörigkeit bitte zusätzlich **Bescheinigung der Ausländerbehörde** ausstellen lassen, entsprechender Vordruck ist beigefügt)

Bei **minderjährigen blinden Menschen zusätzlich** Name und Adresse der gesetzlichen

Vertreter: _____

2) Angaben zum gewöhnlichen Aufenthalt

Wo ist der **gewöhnliche Aufenthalt** des blinden Menschen (= Mittelpunkt der Lebensbeziehungen?)

an der unter Ziffer 1 genannten Adresse

anderer Ort: _____

Landkreis/Bundesland: _____

3) Vertretungsberechtigte Personen

Vollmacht gerichtlich bestellte Betreuung

bitte Kopie der Vollmacht / Betreuerausweis beifügen

Angaben zur Person, die den blinden Menschen vertritt oder zu seinem Bevollmächtigten/Betreuer

Name: _____ Vorname: _____ Telefon: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

4) Bankverbindung

IBAN: _____

Name der Bank: _____

Kontoinhaber ist: Leistungsempfänger gerichtlich bestellter Betreuer (siehe Ziffer 3)

5) Schwerbehindertenausweis

Ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt? ja nein

Wurde das Merkzeichen „Bl“ beantragt? ja nein

Liegt das Merkzeichen „Bl“ vor? ja nein

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

6) Freiheitsentzug

Besteht für den blinden Menschen Freiheitsentzug oder Sicherungsverwahrung oder ist wegen eines richterlichen Urteils die Unterbringung angeordnet? ja nein

7) Unterbringung in einem Heim oder sonstiger stationärer Einrichtung

➤ Eine Unterbringung ist geplant ab _____ 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: _____ €

Die Kosten werden getragen von:

a) Blinde/Unterhaltspflichtiger/sonstige Angehörige: _____ €

b) Sozialleistungsträger (z. B. Sozialamt): _____ €

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

Wichtig: Anschrift des letzten gewöhnlichen Aufenthaltes in der Einrichtung

➤ PLZ: _____ Ort: _____ Bundesland: _____

8) Tätigkeit / Situation des blinden Menschen

➤ Bei Kindern: Frühförderung/Kindergarten/Schule ja nein

➤ Berufstätigkeit/beschäftigt/in Ausbildung als: ja nein

➤ arbeitsuchend beim Arbeitsamt gemeldet ja nein

➤ Versorgung des Familienhaushalts ja nein

➤ Bezug von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente ja nein

(Bitte Kopie des Bewilligungsbescheids beifügen)

9) Die Sehbehinderung / Blindheit ist zurückzuführen auf

➤ Arbeits-/Verkehr oder sonstigen Unfall oder strafbare Handlung ja nein

➤ Kriegs-/Wehrdienstschaden, Impfschaden usw. ja nein

➤ Erkrankung ja nein

➤ angeborene Behinderung ja nein

9) Die Sehbehinderung / Blindheit ist zurückzuführen auf

- sonstige Gründe ja nein

10) Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI) - Soziale Pflegeversicherung

- 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 besteht Anspruch auf:

- Pflegeleistungen/Pflegegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung ja nein
➤ Unterhaltshilfe oder Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz ja nein
➤ Pflegegeld eines ausländischen Versicherungsträgers (EU, Nicht-EU) ja nein
➤ Pflegeleistungen/Pflegegeld einer privaten Unfallversicherung ja nein
➤ Leistungen einer Haftpflichtversicherung ja nein

➤ Name, Anschrift: _____

➤ andere Leistungen wegen Blindheit _____

➤ **Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), z.B. Versorgungsrente oder Kriegsofopferfürsorge**

a) als Kriegsbeschädigte/r, Hinterbliebene/r oder Angehörige/r ja nein

b) Berechtigte/r, Hinterbliebene/r oder Familienangehöriger eines ja nein

Berechtigten nach dem Infektionsschutzgesetz (z.B. Impfschadensfälle), Opferentschädigungsgesetz (OEG) Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG) oder ähnlichen Entschädigungsregelungen

Bitte Kopie eines Nachweises (z.B. Bewilligungsbescheid) beifügen!

12) 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 oder Heimaufnahme oder den Erhalt von Pflegeleistungen - unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen. Es ist mir bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben die Rückforderung zu Unrecht geleisteter Leistungen nach sich ziehen kann.

13) Rückzahlungsregelung und Bankauftrag bei Überzahlung

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 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 die Verwaltung zurück zu überweisen, wenn diese sie als zu Unrecht erbracht zurückfordert. Ich stelle das kontoführende Geldinstitut nach meinem Ableben gegenüber der Verwaltung ausdrücklich von der Wahrung des Bankgeheimnisses frei. Dieser Auftrag kann nur von mir, nicht aber von den Erben widerrufen werden.

14) Erklärung zur medizinischen Schweigepflicht und zum Datenschutz

Ich stimme der Vorlage der medizinischen und sonstigen Unterlagen bei Gutachtern, Ärzten und Behörden (Schwerbehindertenrecht) sowie der Einsichtnahme in Unterlagen der genannten Stellen, Krankenhäusern und des medizinischen Dienstes (MDK) zur Klärung des Blindenhilfanspruches und der Pflegebedürftigkeit zu und entbinde insoweit die beteiligten Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Blinden / Ehegatten / Vertreters)