

An das  
Landratsamt Freudenstadt  
Sozialamt  
Herrenfelder Straße 14  
72250 Freudenstadt

### **Antrag auf Landesblindenhilfe nach dem Blindenhilfegesetz Baden-Württemberg**

<b>Antragsteller*in</b>	
Name, Vorname	
Geburtsdatum und -ort	
Anschrift	
Staatsangehörigkeit	
Familienstand	
Telefon und e-mail	

### **Bei ausländischer Staatsbürgerschaft bitte den Aufenthaltstitel in Kopie beifügen.**

Gewöhnlicher Aufenthalt (d.h. Mittelpunkt der Lebensbeziehungen), ggf. vor der Aufnahme in die Pflegeeinrichtung bzw. die besondere Wohnform:

---

### **Vollmacht / gesetzliche Betreuung**

(        )        Es besteht keine Vollmacht und keine gesetzliche Betreuung.

Bevollmächtigter / rechtlicher Betreuer ist

Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon und e-mail	

**Bitte Kopie der Vollmacht oder des Betreuerausweises beifügen**

**Bankverbindung, auf welche die Hilfe überwiesen werden soll:**

IBAN	
BIC	
Name der Bank	
Kontoinhaber	

**Schwerbehindertenausweis**

Ein Schwerbehindertenausweis wurde ausgestellt	ja	nein	
Ein Schwerbehindertenausweis wurde beantragt	ja	nein	

Das Merkzeichen „Bl“ (=blind) wird / wurde (ergänzend) beantragt am: \_\_\_\_\_

**Bitte eine Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen.**

**Aufenthalt in einem Heim oder einer besonderen Wohnform**

Ein Aufenthalt besteht auf Dauer in einer Einrichtung	ja	nein	
Ein Aufenthalt in einer Einrichtung ist geplant	ja	nein	

Name und Anschrift der Einrichtung:

---

**Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch – SGB XI**

Es werden Leistungen der Pflegekasse gewährt	ja	nein	
Ein Antrag auf Leistungen der Pflegekasse wurde gestellt	ja	nein	

Pflegegrad \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**Bitte Kopie der ersten zwei Seiten des Bescheides der Krankenkasse beifügen.**

### Leistungen wegen Blindheit nach anderen Rechtsvorschriften

Es ist beantragt, wird gewährt oder es besteht Anspruch auf	ja	nein	
Pflegeleistungen / Pflegegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung	ja	nein	
Pflegeleistungen / Pflegegeld aus der privaten Unfallversicherung	ja	nein	
Leistungen einer Haftpflichtversicherung	ja	nein	
Unterhaltshilfe oder Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz	ja	nein	
Hilflosenzuschuss aus einer österreichischen Pensionsversicherung	ja	nein	
andere Leistungen wegen Blindheit	ja	nein	
Blindenhilfeleistungen anderer Bundesländer	ja	nein	
vergleichbare Leistungen aus anderen EU-Staaten	ja	nein	

### Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), z.B. Versorgungsrente

als Kriegsbeschädigte*r, Hinterbliebene*r, Angehörige*r	ja	nein	
als Berechtigte*r, Hinterbliebene*r oder Familienangehörige* einer/s Berechtigten nach dem Infektionsschutzgesetz (z.B. Impfschaden), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG) oder ähnliche Entschädigungsregelungen	ja	nein	

### Sicherheitsverwahrung, Freiheitsentzug

Besteht für den / die Antragsteller*in Freiheitsentzug oder Sicherheitsverwahrung oder ist aufgrund richterlichen Urteils die Unterbringung angeordnet ?	ja	nein	
--	----	------	--

**Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.**

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich zu den Angaben und der Mitteilung von Änderungen der Tatsachen, die für die beantragte Landesblindenhilfe erheblich sind, nach § 8 Blindenhilfegesetz (BliHG) in Verbindung mit § 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) analog und § 6 Absatz 1 BliHG verpflichtet bin. Insbesondere sind dies Augenoperationen, Änderungen der Sehfähigkeit, Änderungen des Aufenthaltsortes beziehungsweise die Aufnahme in eine stationäre Einrichtung oder den Erhalt von Pflegeleistungen.

Mir ist bekannt, dass die Verweigerung von Angaben, wissentlich falsche oder unvollständige Angaben sowie der vorsätzliche Verstoß gegen die Mitteilung von Änderungen von Tatsachen, die für die beantragte Landesblindenhilfe erheblich sind, eine Ablehnung, Versagung, Kürzung oder Rückforderung der Landesblindenhilfe sowie strafrechtliche Verfolgung zur Folge haben kann (§ 8 Blindenhilfegesetz (BliHG) in Verbindung mit § 67 SGB I analog und § 6 Absatz 2 BliHG).

Ich wurde darauf hingewiesen, dass Auskünfte aus ärztlichen Untersuchungsunterlagen und Berichten, Gutachten und Befunddokumentationen, welche zur Feststellung des Landesblindenhilfeanspruchs und der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind, von Leistungsträgern (zum Beispiel Versorgungsämtern, Kranken- / Pflegekassen, Rehabilitationsträgern, Jobcenter, Agentur für Arbeit) oder beauftragten Gutachtern zur Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben oder für deren gesetzlichen Aufgabenerfüllung eingeholt und übermittelt werden dürfen.

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber den Erben oder sonstigen Verfügungsberechtigten im Falle meines Ablebens bezüglich der Blindenhilfezahlungen die Regelungen des § 118 Absatz 3 und 4 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) entsprechend anzuwenden. Insbesondere gelten Blindenhilfezahlungen 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.

Anmerkungen:

---

Anlagen:

---

-----  
Datum

-----  
Unterschrift Antragsteller / Vertreter

## **Einwilligungserklärung für die Erhebung und Verarbeitung von Daten nach der Datenschutzgrundverordnung**

Zur Bearbeitung Ihres Anliegens erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen die Erhebung und Verarbeitung aller notwendigen personenbezogenen Daten. Dabei handelt es sich insbesondere um Name, Anschrift, Kontaktdaten sowie sonstige notwendige Angaben. Diese Daten werden auf dem Server der zuständigen Stelle gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden.

Für den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten haben wir alle technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen, um ein hohes Schutzniveau zu schaffen. Wir halten uns dabei strikt an die Datenschutzgesetze und die sonstigen datenschutzrelevanten Vorschriften. Ihre Daten werden ausschließlich über sichere Kommunikationswege an die zuständige Stelle übergeben.

Darüber hinaus ist für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Nutzers erforderlich. Eine automatische Löschung erfolgt nach 180 Tagen, insofern entsprechende Daten nicht weiter benötigt werden. In Fällen mit einer gebührenpflichtigen Verarbeitung kann es vorkommen, dass zur Abwicklung der Bezahlung Ihre bezahlrelevanten Daten an den ePayment Provider übermittelt werden.

### **Rechte der betroffenen Person: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht**

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abzuändern oder gänzlich zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an uns übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden.