

Stadt Freiburg i.Br.
Amt für Soziales
Sachgebiet Blindenhilfe 1722/1723
Fehrenbachallee 12
79106 Freiburg

**Antrag auf Landesblindenhilfe
nach dem Blindenhilfegesetz Baden-Württemberg (BliHG)**

Angaben Antragsteller_in	
Name, Vorname	
Geburtsdatum und -ort	
Anschrift	
wohnhaft seit	
Staatsangehörigkeit	
Familienstand	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/>
Telefon und Email <i>(Angabe freiwillig)</i>	

=> Bei ausländischer Staatsbürgerschaft bitte zusätzlich auf der letzten Seite die **Bescheinigung der Ausländerbehörde** ausstellen lassen!

Wo ist der gewöhnliche Aufenthalt des/der Antragsteller_in?

(= Mittelpunkt der Lebensbeziehungen?)

an der oben genannten Adresse

anderer Ort: _____

Bundesland: _____

Vollmacht <input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung <input type="checkbox"/>
besteht <input type="checkbox"/> besteht nicht <input type="checkbox"/> <i>(bitte zutreffendes ankreuzen)</i>
Angaben zur Person, die den/die Antragsteller_in vertritt: Bevollmächtigte_r, Betreuer_in, Erziehungsberechtigte_r:
Name, Vorname:
Anschrift:
Telefon und Email: <i>(Angabe freiwillig)</i>
=> Bitte Kopie der Vollmachtserklärung/des Betreuerausweises beifügen!

Auf welches Konto kann ggf. die Hilfe überwiesen werden (Bankverbindung)
IBAN: DE
BIC:
Name der Bank:
Kontoinhaber_in:

Schwerbehindertenausweis
Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Falls nein, wurde ein Schwerbehindertenausweis beantragt ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Das Merkzeichen „Bl“ (= blind) wird/wurde (ergänzend) beantragt am _____
=> Wenn ja, bitte unbedingt Kopie der Vor- und Rückseite des Ausweises und Kopie des Bescheides vom Versorgungsamt beifügen!

Besteht für den/die Antragsteller_in Freiheitsentzug oder Sicherungsverwahrung oder ist aufgrund richterlichen Urteils die Unterbringung angeordnet? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Aufenthalt in einem Heim oder sonstiger stationärer Einrichtung
• ein Aufenthalt ist geplant (ab wann? _____) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
• ein Aufenthalt besteht auf Dauer, der frühere Wohnsitz ist aufgegeben (Heimaufnahme am: _____) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name und Anschrift der Einrichtung: _____ _____
Die Kosten des Aufenthalts betragen monatlich _____ Euro

Diese Kosten werden getragen von:

- Antragsteller_in / Unterhaltspf. / sonstige Angehörige_r: _____
Euro
- Sozialleistungsträger (z.B. Sozialamt): _____ Euro
- Besteht Anspruch auf Leistungen nach den Beihilfavorschriften
für den öffentlichen Dienst? ja nein

**Wichtig: Anschrift des letzten gewöhnlichen Aufenthaltes vor Aufnahme in die
Einrichtung**

PLZ/Ort/Straße: _____ Bundesland: _____

Tätigkeit / Situation des/der Antragsteller_in

- bei Kindern: Frühförderung/Kindergarten/Schule _____ ja nein
- berufstätig/beschäftigt/in Ausbildung als _____ ja nein
- arbeitssuchend bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldet ja nein
- Versorgung des Familienhaushalts ja nein
- Bezug von Rente ja nein =>
bitte Bescheid beifügen!

Ursachen der Sehbehinderung bzw. Blindheit

- Arbeits-/Verkehrs- oder sonstigen Unfall oder strafbare Handlung ja nein
- Diabetes ja nein
- Kriegs/Wehrdienstschaden ja nein
- Impfschaden ja nein
- Erkrankung ja nein
- angeborene Behinderung ja nein
- sonstige Gründe: _____ ja nein

**Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (Sozialgesetzbuch Elftes Buch
- SGB XI)**

- 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!*

Leistungen wegen Blindheit nach anderen Rechtsvorschriften

Es ist beantragt, wird gewährt oder es besteht Anspruch auf:

- Pflegeleistungen/Pflegegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung ja nein
- Unterhaltshilfe oder Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz ja nein
- Hilflosenzuschuss einer österreichischen Pensionsversicherung ja nein
- andere Leistungen wegen Blindheit ja nein
- Blindenhilfeleistungen anderer Bundesländer ja nein
- vergleichbare Leistungen aus anderen EU-Staaten ja nein
- Pflegeleistungen/Pflegegeld einer privaten Unfallversicherung ja nein
- Leistungen einer Haftpflichtversicherung ja nein

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

- als Kriegsbeschädigte_r, Hinterbliebene_r oder Angehörige_r ja nein
- als Berechtigte_r, Hinterbliebene_r oder Familienangehörige_r einer/eines Berechtigten nach dem Infektionsschutzgesetz (z.B. Impfschadensfälle), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG) oder ähnlichen Entschädigungsregelungen ja nein

=> Nichtzutreffendes bitte streichen!

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

Rückzahlungsregelung und Bankauftrag bei Überzahlung

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber den Erben oder 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.

Erklärung zur medizinischen Schweigepflicht und zum Datenschutz

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 Blindenhilfeanspruches und der Pflegebedürftigkeit stimme ich zu und entbinde insoweit die beteiligten Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht. Der Übermittlung von Daten an das Amt für Soziales stimme ich zu.

Hinweis zur Mitwirkung

Wir weisen darauf hin, dass Sie bzw. der/die von Ihnen Vertretene im Rahmen der Antragstellung zur Mitwirkung verpflichtet sind,

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungen erheblich sind,
- Beweismittel zu bezeichnen und vorzulegen,
- sich auf Verlangen ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen.

Die Mitwirkung ergibt sich aus § 60 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I). Kommen Sie Ihrer Mitwirkung nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden (§§ 60, 66 SGB I).

Hinweis zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die mit diesem Antrag einschließlich der ärztlichen Bescheinigung erhobenen personenbezogenen Daten im Sinne des Artikel 4 Nr. 1 und 15 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sind zur Durchführung des Gesetzes über die Landesblindenhilfe bzw. Bearbeitung dieses Antrages erforderlich - Erhebungszweck- (§ 67a Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch (SGB X)). 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 (§§ 60ff Sozialgesetzbuch, Erstes Buch (SGB I)). Die erhobenen Daten werden über ein Fachverfahren -ggf. einschließlich der Weiterverarbeitung in einem Rechenzentrum- (Datenverarbeitung) für Zwecke der Blindenhilfebearbeitung gespeichert und verarbeitet (§ 67b SGB X, Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e DS-GVO).

Die Datenschutzbestimmungen und die Datenschutzinformationen der Stadt Freiburg finden Sie unter

https://www.freiburg.de/servicebw/Hinweise_zum_Datenschutz_Sozialhilfe.pdf.

Ort, Datum

Unterschrift: Antragsteller_in Ehegatt_in
Vertreter_in

**Bescheinigung der Ausländerbehörde
für die nachfragende Person ohne deutsche Staatsbürgerschaft**

1. Die nachfragende Person (s. Ziff. 1 des Antrages) befindet sich in Baden-Württemberg aufgrund
 - 1.1. eines gültigen Aufenthaltstitels in Form einer
 - Aufenthaltserlaubnis nach § _____ AufenthG
 - Niederlassungserlaubnis § _____ AufenthG
 - 1.2. einer Aufenthaltsgestattung nach dem Asylverfahrensgesetz
 - 1.3. einer Duldung nach § 60a AufenthG
 - 1.4. und ist vollziehbar ausreisepflichtig, auch wenn ein Abschiebungsandrohung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist
 - 1.5. und ist Ehegattin/Ehegatte/minderjähriges Kind einer Person, die von den o.g. Merkmalen Ziff. 1.1 bis 1.4 das Merkmal Ziff. ____ 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 aus 1.1) ist:
 - unbefristet
 - befristet bis _____
 - erloschen/widerrufen
4. Die nachfragende Person ist anerkannte_r Asylberechtigte_r
5. Der Asylantrag ist abgelehnt (Duldung nach § _____ AufenthG)

Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel der Behörde