



Antragseingang:

Aktenzeichen: **SG 332 - Blindenhilfe**

## Antrag auf Landesblindenhilfe

Blindenhilfegesetz (BliHG) Baden-Württemberg vom 08.02.1972 in der derzeitigen Fassung

### Hinweis zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten:

Die mit diesem Antrag einschließlich der augenfachärztlichen Befundbescheinigungen erhobenen personenbezogenen Daten i.S. des § 67 des Zehntes 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. Werden Angaben verweigert oder unvollständig oder unrichtig angegeben, kann dies eine Ablehnung der begehrten Leistung zur Folge haben (§ 66 SGB I). Die erhobenen Daten werden durch ein automatisches Verfahren (Datenverarbeitung, einschließlich der Weiterverarbeitung in einem Rechenzentrum) für Zwecke der Blindenhilfebearbeitung gespeichert und verarbeitet.

Frau  Herr  ⇐ bitte Zutreffendes ankreuzen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft seit: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geburtsort/Land: \_\_\_\_\_

### gewöhnlicher Aufenthalt des blinden Menschen

(kein vorübergehender Aufenthalt - § 30 Abs.3 SGB I)

wie vorstehend angegeben

Es handelt sich um ambulant betreutes Wohnen  nein  ja

Weitere Anschrift(en):  nein  ja

im  Ausland in \_\_\_\_\_  Bundesland: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Es besteht eine **Vollmacht**  **gerichtlich bestellte Betreuung**

Angaben zur Person, als Vertreter\*in oder Bevollmächtigte\*r oder Betreuer\*in bzw. bei **minderjährigen** Blinden zusätzlich Name und Adresse der\*s **gesetzlichen Vertreter/in\*s**:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**Bitte Kopie der Vollmachtserklärung/des Betreuerausweises beifügen!**

### Empfangsberechtigter der Landesblindenhilfe

Auszahlung auf das Konto bei der Bank:

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC/SWIFT-Code: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber ist:  Hilfeempfänger  gerichtlich bestellter Betreuer (lt. Ziff. 3)

**Die Sehbehinderung/Blindheit ist zurückzuführen auf**

Arbeits-/Verkehrs- oder sonstigen Unfall  ja  nein  
strafbare Handlung (Opfer einer Gewalttat/Terror-/Kriegshandlung)  ja  nein  
Kriegs-/Wehr-/Zivildienstschaden, Impfschaden usw.  ja  nein  
 Erkrankung  seit Geburt  ja  nein  
Sonstige Gründe:  ja  nein

Ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt?  ja  nein

**Wenn ja, bitte Kopie (Vor- und Rückseite) beifügen! Aktenzeichen:****Tätigkeit/Situation der/des Blinden**

berufstätig / beschäftigt / in Ausbildung als:  ja  nein  
arbeitsuchend gemeldet bei der Agentur für Arbeit  ja  nein  
Rentner/Pensionär (bitte Bescheid beifügen)  ja  nein  
bei Kindern:  Frühförderung  Kindergarten  Schule  Studium:  
nicht berufstätig wegen Versorgung des Familienhaushalts  ja  nein  
nicht berufstätig, weil

Besteht für den Blinden Freiheitsentzug oder Sicherungsverwahrung oder ist aufgrund richterlichen Urteils die Unterbringung angeordnet?  ja  nein

**Unterbringung in einem Heim oder sonstiger stationärer Einrichtung**

Eine Unterbringung ist geplant, ab  ja  nein

Eine Unterbringung besteht, seit  ja  nein

Name und Anschrift der Einrichtung:

Die Unterbringungskosten betragen monatlich: Euro

hiervon trägt :

Blinde/Unterhaltspflicht./sonstige Angehörige: Euro

Sozialleistungsträger (z.B.Sozialamt): Euro

Pflegeversicherung ( gesetzlich /  privat) /  Beihilfe: Euro

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

Anschrift des letzten gewöhnlichen Aufenthaltes vor erster Aufnahme in der Einrichtung:

PLZ: Ort: Straße:  
dieser frühere Wohnsitz besteht noch  ja  nein

Antragsteller ist **kranken-/pflegeversichert (auch privat) bei** (Name/Anschrift):

Sind **Pflegeleistungen** (SGB XI) beantragt bzw. bereits gewährt?  ja  nein

Falls ja, nach **Pflegegrad**: 1  2  3  4  5

Wurden solche Leistungen abgelehnt, ggf. wann zuletzt:  ja  nein

**bitte Kopie des Bewilligungs-/Ablehnungsbescheides beifügen!**

<b>besteht Anspruch auf Leistungen wegen Blindheit nach anderen Rechtsvorschriften:</b>	
- Pflegeleistungen/Pflegegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Unterhaltshilfe oder Pflegezulage nach dem Lastenausgleichgesetz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Hilflosenzuschuss einer österreichischen Pensionsversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Leistungen einer privaten (auch ausländischen) Unfallversicherung oder Haftpflichtversicherung (auch einmalige Zahlungen/Schmerzensgeld):</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Art des schädigenden Vorfalls:	Zeitpunkt:
<b>Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (SER) oder in Anwendung des Bundesversorgungsgesetz (BVG) vom Landratsamt/Versorgungsamt im Rahmen</b>	
<input type="checkbox"/> der Kriegsopferversorgung/-fürsorge oder nach dem <input type="checkbox"/> Opferentschädigungsgesetz (OEG), <input type="checkbox"/> Soldatenversorgungsgesetz (SVG) oder <input type="checkbox"/> sonstigen SER-Gesetzen, wie IfSG, SED-UnBerG, ZDG als	
<input type="checkbox"/> Beschädigte*r / Berechtigte*r oder <input type="checkbox"/> Angehörige*r / Hinterbliebene*r <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Sonstige Leistungen wegen Blindheit (auch ausländische Leistungen)</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

### Erklärung zu Angaben und zur Mitteilungspflicht

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und zutreffen/richtig sind. 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.**

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.

### Rückzahlungsregelung und Bankauftrag bei Überzahlung

Ich nehme zur Kenntnis, dass die nach meinem Ableben noch weiter überwiesenen Blindenhilfeleistungen als unter Vorbehalt erbracht gelten und an das Landratsamt Esslingen zurück zu überweisen sind. Deshalb stelle ich das kontoführende Geldinstitut von der Wahrung des Bankgeheimnisses nach meinem Ableben gegenüber dem Landratsamt Esslingen ausdrücklich frei und ermächtige das Landratsamt Esslingen, die an mich nach dem Tod noch ausgezahlte Blindenhilfe und die Blindenhilfeüberzahlungen von meinem Konto zurück- bzw. abzubuchen und soweit dies aufgrund des Kontostandes nicht möglich ist, alle Auskünfte über Verrechnungen und Abbuchungen von meinem Konto einzuholen. Insoweit erkläre ich mich mit der entsprechenden Anwendung des § 118 Abs. 3 und 4 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) einverstanden. Diese Erklärung kann nur von mir, nicht aber von den Erben nach meinem Tod widerrufen werden.

### Erklärung zur medizinischen Schweigepflicht und zum Datenschutz

Zur Bestätigung bzw. Überprüfung vorstehender Angaben und soweit das Landratsamt Esslingen zur Klärung des Blindenhilfeanspruchs (auch nach § 72 SGB XII) 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. Melde- Ordnungs- 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 Bezugdauer der Blindenhilfe, einschließlich der regelmäßigen Überprüfungen der Anspruchsvoraussetzungen für die Gewährung der Blindenhilfe.

⇒

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller  Betreuer/gesetzlicher Vertreter

**Dieser Antrag ist ausgefüllt und unterschrieben dem Bürgermeisteramt bzw. der Meldebehörde des Wohnortes zur Bestätigung (siehe Rückseite) einzureichen.**

Diese Behörde wird den **Antrag an das Landratsamt Esslingen, 73726 Esslingen** weiterleiten.

**Bei Ausländern ist die Bescheinigung der Ausländerbehörde (siehe Rückseite) erforderlich, bei deutschen Staatsbürgern und EG-Bürgern die Kopie des Personalausweises bzw. des Reisepasses.**

## **Bestätigung des Bürgermeisteramtes oder der Meldebehörde**

Die Personen- und Wohnsitzangaben der\*s Antragstellerin\*s unter Ziffer 1 und 2 des Antrages werden bestätigt. Der/die Antragsteller\*in ist hier gemeldet mit:

Hauptwohnsitz                       Nebenwohnsitz                      seit: \_\_\_\_\_

Antrag hier abgegeben/gestellt am: \_\_\_\_\_

durch persönliche Vorsprache der\*s Blinden und/oder Vertreter/in\*s / Bevollmächtigte\*n

durch Einreichen des Antragsformulars

Die Unterlagen werden urschriftlich an das Landratsamt Esslingen weitergeleitet.

Anlagen: \_\_\_\_\_

Kopie des Personalausweises/Reisepasses bei deutschen und anderen EU-Bürgern

Kopie der Vollmachtserklärung/des Betreuerausweises

Kopie des Schwerbehindertenausweises mit festgestelltem Merkzeichen „**Bl**“ (blind)

augenfachärztliche Bescheinigung

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel der Behörde

## **Bescheinigung der Ausländerbehörde für Antragsteller ohne deutsche Staatsbürgerschaft** (Bei Deutschen und EG-Bürgern genügt die Kopie des Personalausweises bzw. des Reisepasses)

Der\*die Antragsteller\*in (s. Ziff. 1 des Antrages) hat in Baden-Württemberg einen rechtmäßigen gewöhnlichen Aufenthalt im Sinne des § 1 des Gesetzes über die Landesblindenhilfe (BliHG BW).

**ja**, weil eine

Aufenthaltserlaubnis nach § 7 AufenthG ab \_\_\_\_\_ befristet bis \_\_\_\_\_

Niederlassungserlaubnis nach § 9 AufenthG ab \_\_\_\_\_

Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylVfG) ab \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ erteilt wurde.

**nein**, es liegt kein gewöhnlicher Aufenthalt vor.

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel der Behörde



## Informationsblatt zum Datenschutz

Antrag auf Gewährung der Blindenhilfeleistungen

Mit dem beiliegenden Antragsvordruck erheben wir personenbezogene Daten, die Sie betreffen. Daher informieren wir Sie über einige Punkte.

Die Daten werden durch das Amt für besondere Hilfen erhoben.

Anschrift:

Landratsamt Esslingen

Pulverwiesen 11

73728 Esslingen am Neckar

Telefon: 0711 3902-0

E-Mail: [LRA@LRA-ES.de](mailto:LRA@LRA-ES.de)

Sie erreichen den Datenschutzbeauftragten des Landratsamtes Esslingen unter denselben Kontaktdaten oder per E-Mail an [datenschutz@lra-es.de](mailto:datenschutz@lra-es.de)

Ihre personenbezogenen Daten werden für die folgenden Zwecke verarbeitet:

Sachaufklärung zur Prüfung von Voraussetzungen für die Gewährung der Blindenhilfe:

1. die Feststellung der örtlichen Zuständigkeit (Wohnort, gewöhnlicher Aufenthalt),
2. die Feststellung des Vorliegens der Blindheit im Sinne von § 1 BliHG und § 72 SGB XII,
3. die Feststellung des Alters, der Erwerbstätigkeit, der Wohn- bzw. Unterbringungsart und ihr Zeitraum
4. die Feststellung des Anspruchs auf Pflegeleistungen i.S.v. SGB XI und sonstiger Ansprüche auf Ausgleich der durch die Blindheit bedingten Mehraufwendungen
5. Ihre Bankverbindungsdaten

Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Grundlage insbesondere des Blindenhilfegesetzes, von §§ 17, 35, 60, SGB I, §§ 17, 151 und 152, 228 - 236 SGB IX, §§ 8, 9, 20, 21, 67-84a, 96 SGB X, §§ 8, 18, 19 Abs. 3, 23, 63b Abs.2, 72, 82-95, 97-119 SGB XII und der Verordnungen hierzu, Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VG) nach der VersMedV, Sozialgerichtsgesetz - SGG.

Ihre personenbezogenen Daten werden an folgende Empfänger weitergegeben:

1. Ihre behandelnde Ärzte, sonstige sachverständige Zeugen und sonstige Stellen, die Befunde zu Ihrem Gesundheitszustand aufbewahren und Sie diese Stellen im beiliegenden Vordruck benennen,
2. Ärzte des Gesundheitsamtes unseres Landratsamtes, externe mit Begutachtung beauftragte versorgungsmedizinische und augenfachärztliche Gutachter und Kliniken,
3. Mitarbeiter von Arztpraxen, Banken, Behörden, Kliniken, Reha-Einrichtungen und Gerichten, soweit diese am Feststellungsverfahren im Rahmen der Sachaufklärung beteiligt sind,
4. Behörden, Dritte, natürliche und juristische Personen und Stellen, soweit die Datenübermittlung an diese gesetzlich vorgegeben ist oder Sie einer solchen zustimmen.

Ihre personenbezogenen Daten werden für die Dauer von einem Jahr nach Abschluss des Antragsverfahrens bei Ablehnung bzw. von 6 Jahren nach Wegfall des Blindenhilfeanspruchs gespeichert.



Ihnen stehen folgende Rechte zu:

Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten und deren Verarbeitung (Artikel 15 DS-GVO).

Recht auf Datenberichtigung, sofern Ihre Daten unrichtig oder unvollständig sein sollten (Artikel 16 DS-GVO).

Recht auf Löschung der zu Ihrer Person gespeicherten Daten, sofern eine der Voraussetzungen von Artikel 17 DS-GVO zutrifft.

Das Recht auf Löschung personenbezogener Daten besteht ergänzend zu den in Artikel 17 Absatz 3 DS-GVO genannten Ausnahmen nicht, wenn eine Löschung wegen der besonderen Art der Speicherung nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand möglich ist. In diesen Fällen tritt an die Stelle einer Löschung die Einschränkung der Verarbeitung gemäß Artikel 18 DS-GVO.

Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung, sofern die Daten unrechtmäßig verarbeitet wurden, die Daten zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Ihren Rechtsansprüchen benötigt werden oder bei einem Widerspruch noch nicht feststeht, ob die Interessen des Landratsamtes gegenüber denen der betroffenen Person überwiegen (Artikel 18 Absatz 1 lit. b, c und d DS-GVO).

Wird die Richtigkeit der personenbezogenen Daten bestritten, besteht das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung für die Dauer der Richtigkeitsprüfung.

Recht auf Widerspruch gegen bestimmte Datenverarbeitungen, sofern an der Verarbeitung kein zwingendes öffentliches Interesse besteht, das Ihre Interessen überwiegt, und keine Rechtsvorschrift zur Verarbeitung verpflichtet (Artikel 21 DS-GVO).

Recht auf Beschwerde. Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten unrechtmäßig ist, können Sie sich mit einer Beschwerde an den

Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Königstraße 10 a, 70173 Stuttgart,  
Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart,  
Tel.: 0711/615541-0, Fax: 0711/615541-15,  
E-Mail: [poststelle@lfdi.bwl.de](mailto:poststelle@lfdi.bwl.de)  
wenden.

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist gesetzlich nach § 20 SGB X infolge Ihrer Antragstellung vorgeschrieben. Sie sind verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen. Die Nichtbereitstellung hat zur Folge, dass der Antrag auf Gewährung der Blindenhilfe als unbegründet bzw. mangels Nachweise abgelehnt wird.

- das „Informationsblatt zum Datenschutz“ habe ich erhalten. Eine unterschriebene Ausfertigung sende ich mit dem Antrag zurück.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift