



Zutreffendes bitte ankreuzen  und ausfüllen

## Antrag auf Landesblindenhilfe

(Gesetz über die Landesblindenhilfe Baden-Württemberg vom 8. Februar 1972  
in der aktuellen Fassung)

### Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten:

Für die Bearbeitung und eine sachgerechte Entscheidung über Ihren Antrag auf Landesblindenhilfe werden Unterlagen und Informationen benötigt. Sie werden gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Durch die Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite dieses Antrags ist die Richtigkeit der Angaben zu bestätigen.

Die im Zusammenhang mit diesem Antrag stehende Datenerhebung erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 e) und Abs. 3 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. m. § 8 des Gesetzes über die Landesblindenhilfe Baden-Württemberg (BliHG) i. V. m. § 67 a Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) analog. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 e) und Abs. 3 DSGVO i. V. m. § 8 BliHG i. V. m. § 67 b SGB X analog.

### Antragsteller/-in

Zuname, Namenszusatz, Vorname, Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

### bei Ausländern/Ausländerinnen: Aufenthaltsstatus

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis  | <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis         |
| <input type="checkbox"/> sonstiger Ausländer/sonstige Ausländerin (EU, EWR, Schweiz) |  |
| <input type="checkbox"/> Asylberechtigte(r)  | <input type="checkbox"/> Kontingentflüchtling            |
| <input type="checkbox"/> Asylbewerber/-in  | <input type="checkbox"/> sonstiger Personenkreis AsylbLG |

Aufenthaltserlaubnis/Duldung von - bis (Nachweis ist erforderlich!)

Anschrift (Straße, Hausnummer, Zusatz, Postleitzahl, Ort)

Telefon  
(Angabe freiwillig)

Evtl. zu gewährende Geldleistung bitte ich wie folgt zu zahlen:

IBAN, BIC

Kontoinhaber/-in ist  Antragsteller/-in  
vertreten durch

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Betreuerausweis |
| <input type="checkbox"/> Vollmacht       |
- (Nachweis bitte beifügen!)

1. **Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt?**  nein  ja  
(Wenn ja, bitte unbedingt Fotokopie der Vorder- und Rückseite des Ausweises beifügen!)
- 
2. **Besteht für den blinden Menschen Freiheitsentzug oder Sicherungsverwahrung oder ist aufgrund richterlichen Urteils die Unterbringung angeordnet?**  nein  ja
- 
3. **Tätigkeit/Situation des blinden Menschen**
- berufstätig/in Ausbildung als  nein  ja
  - \_\_\_\_\_
  - arbeitssuchend bei der Agentur für Arbeit gemeldet  nein  ja
  - Versorgung des Familienhaushalts  nein  ja
  - Bezug von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit  nein  ja  
(Wenn ja, bitte Bescheid beifügen!)
- 
4. **Die Sehbehinderung/Blindheit ist zurückzuführen auf**
- Arbeits-/Verkehrs- oder sonstigen Unfall oder strafbare Handlung  nein  ja
  - Kriegs-/Wehrdienstschaden, Impfschaden usw.  nein  ja
  - Erkrankung  nein  ja
  - angeborene Behinderung  nein  ja
  - sonstige Gründe: \_\_\_\_\_
- 
5. **Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI)**
- Sind solche Leistungen bei der Pflegekasse beantragt?  nein  ja
  - Werden solche Leistungen bereits gewährt?  
(Wenn ja, bitte Fotokopie des Bewilligungs-/Ablehnungsbescheids beifügen!)  nein  ja
  - Wurden solche Leistungen abgelehnt?  
(Wenn ja, bitte Fotokopie des Bewilligungs-/Ablehnungsbescheids beifügen!)  nein  ja
- Name der Pflegekasse \_\_\_\_\_ Pflegegrad \_\_\_\_\_
- 1  2  3  4  5
- 
6. **Lebt der blinde Mensch in einer stationären Einrichtung oder besonderen Wohnform (SGB IX)?**  nein  ja
- Wenn nein:**  
Ist die Aufnahme in eine stationäre Einrichtung geplant?  
 nein  ja, ab \_\_\_\_\_
- Wenn ja:**  
Name und Anschrift der Einrichtung \_\_\_\_\_
- 
- Lebt der blinde Mensch auf Dauer in der Einrichtung?  nein  ja  
Wenn ja: die Aufnahme in die Einrichtung erfolgte am \_\_\_\_\_
- 
- Wichtig: Anschrift vor Aufnahme in die Einrichtung**  
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)
-

Es entstehen monatliche Kosten in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

**Diese Kosten werden getragen von**

- a) blindem Menschen/Unterhaltpflichtigem/  
sonst. Angehörigen \_\_\_\_\_ Euro
- b) Sozialleistungsträger (z. B. Amt für Soziales  
und Teilhabe) \_\_\_\_\_ Euro

Besteht Anspruch auf Leistungen nach den Beihilfevor-  
schriften für den öffentlichen Dienst?

nein  ja

---

**7. Leistungen wegen Blindheit nach anderen Rechtsvorschriften**

Es ist beantragt, wird gewährt oder es besteht Anspruch auf

- Pflegeleistungen/Pflegegeld aus der **gesetzlichen** Unfall-  
versicherung  nein  ja
- Unterhaltshilfe/Pflegezulage nach dem Lastenausgleichs-  
gesetz  nein  ja
- Hilflosenzuschuss einer österreichischen Pensionsver-  
sicherung  nein  ja
- andere Leistungen wegen Blindheit:  
wenn ja, folgende:  nein  ja
- Pflegeleistungen/Pflegegeld einer **privaten** Unfall-  
versicherung  nein  ja
- Leistungen einer Haftpflichtversicherung  nein  ja

**Hinweis:** Bitte Zeitpunkt und Art des schädigenden Vorfalls angeben

---

**Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) vom  
Versorgungsamt oder der Kriegsopferfürsorge**

- a) als Kriegsbeschädigte(r) oder Angehörige(r) eines/  
einer Kriegsbeschädigten  nein  ja
- b) als Berechtigte(r) oder Familienangehörige(r) eines/einer  
Berechtigten nach dem Bundesseuchengesetz (z. B. Impf-  
schadensfälle), Opferentschädigungsgesetz (OEG),  
Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG)  
oder ähnlichen Entschädigungsregelungen.  nein  ja

---

**Erklärung zu den Antragsangaben und zur Mitwirkungspflicht**

Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich zu den Angaben und der Mitteilung von Änderung  
der Tatsachen, die für die beantragte Landesblindenhilfe erheblich sind, nach § 8 BliHG  
i. V. m. § 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) analog und § 6 Abs. 1 BliHG ver-  
pflichtet bin. Insbesondere sind dies Augenoperationen, Änderungen der Sehfähigkeit,  
Änderung des Aufenthaltsortes bzw. Aufnahme in eine stationäre Einrichtung oder den  
Erhalt von Pflegeleistungen.

Mir ist bekannt, dass die Verweigerung von Angaben, wissentlich falsche oder unvollstän-  
dige Angaben sowie der vorsätzliche Verstoß gegen die Mitteilung von Änderung 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 BliHG i. V. m. § 67 SGB I analog und § 6 Abs. 2 BliHG).

### **Hinweis auf die Blindenhilfe (§ 72 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch - SGB XII)**

In Ergänzung zum Landesblindengeld kann blinden Menschen zum Ausgleich der durch die Blindheit bedingten Mehraufwendungen Blindenhilfe nach § 72 SGB XII gewährt werden, soweit die rechtlichen Voraussetzungen hierfür vorliegen und sie keine gleichartigen Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten. Die Blindenhilfe ist einkommens- und vermögensabhängig und nachrangig gegenüber gleichartigen Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften (z. B. Landesblindengeld). Aufgrund der sich von der Landesblindenhilfe unterscheidenden wirtschaftlichen Voraussetzungen sind für die Erbringung von Blindenhilfe (§ 72 SGB XII) weitere Angaben und Nachweise erforderlich. Hierzu erhalten Sie einen Antragsvordruck zur Blindenhilfe (§ 72 SGB XII) auf Anforderung.

### **Einhaltung von Auskünften/Untersuchungen**

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 (z. B. 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. Die im Zusammenhang mit diesem Antrag stehende Datenerhebung bei Leistungsträgern oder Gutachtern erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 e) und Abs. 3 DSGVO i. V. m. § 8 BliHG i. V. m. § 67 a Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 b) aa), § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X analog. Die im Zusammenhang mit diesem Antrag stehende Datenübermittlung an Leistungsträger oder Gutachter erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 e) und Abs. 3 DSGVO i. V. m. § 8 BliHG i. V. m. § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X analog.

Von einem Arzt oder einer anderen schweigepflichtigen Person erhaltene Informationen im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen einer Erbringung von Sozialleistungen oder einer Ausstellung einer Bescheinigung, dürfen in bestimmten Fällen an andere Leistungsträger (z. B. Versorgungsämter, Jobcenter, Krankenkassen) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergegeben werden. Eine Datenweitergabe ist jedoch nicht möglich, wenn der/die Betroffene dieser widerspricht - Art. 6 Abs. 1 e) und Abs. 3 DSGVO i. V. m. § 8 BliHG i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 69 analog. Ein Widerspruch kann allerdings zur Folge haben, dass die Landesblindenhilfe ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden kann, wenn zuvor ein schriftlicher Hinweis auf diese Möglichkeit ergangen ist (§ 8 BliHG i. V. m. § 66 SGB I analog). Ich habe von diesem Widerspruchsrecht Kenntnis genommen.

Der Antrag kann nur dann rasch bearbeitet werden, wenn alle Fragen sorgfältig beantwortet und die erforderlichen Bescheinigungen beigefügt sind.

Ort, Datum

Unterschrift  d. blinden Menschen,

d. Ehegatten/Ehegattin bzw.  d. Bevollmächtigten

---

Anlagen:

augenfachärztliche Bescheinigung  
 Kopie des Schwerbehindertenausweises

Vollmacht/Betreuerausweis o. Ä.  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_