



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

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

Eine Unterbringung ist geplant (ab wann? \_\_\_\_\_)  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: \_\_\_\_\_ EURO

Diese Kosten werden getragen von:

a) Blinde/Unterhaltspfl./sonst. Angehörige: \_\_\_\_\_ EURO

b) 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: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_

8) **Tätigkeit/Situation der/des Blinden**

Bei Kindern: Frühförderung/Kindergarten/Schule \_\_\_\_\_  ja  nein

Berufstätig/beschäftigt/in Ausbildung als: \_\_\_\_\_  ja  nein

Arbeitsuchend beim Arbeitsamt gemeldet  ja  nein

Versorgung des Familienhaushalts  ja  nein

Bezug von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente (**Bitte Bescheid beifügen**)  ja  nein

9) **Die Sehbehinderung/Blindheit ist zurückzuführen auf**

Arbeits-/Verkehrs- oder sonstigen Unfall oder strafbare Handlung  ja  nein

Kriegs-/Wehrdienstschaden, Impfschaden usw.  ja  nein

Erkrankung  ja  nein

Angeborene Behinderung  ja  nein

Sonstige Gründe: \_\_\_\_\_  ja  nein

10) **Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)**

Sind solche Leistungen bei der Pflegeversicherung beantragt?  ja  nein

Werden solche Leistungen bereits gewährt?  ja  nein

Falls ja, bitte Pflegegrad angeben: \_\_\_\_\_

Wurden solche Leistungen abgelehnt?  ja  nein

Name/Anschrift der Pflegeversicherung: \_\_\_\_\_

*Bitte Kopie des Bewilligungs-/Ablehnungsbescheides beifügen*

### 11) 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

Pflegeleistungen/Pflegegeld einer privaten Unfallversicherung  ja  nein

Leistungen einer Haftpflichtversicherung  ja  nein

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

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

a) als Kriegsbeschädigte/r oder Angehörige/r eines Kriegsbeschädigten  ja  nein

b) als Berechtigte/r oder Familienangehöriger eines Berechtigten nach dem Bundesseuchengesetz (z.B. Impfschadensfälle), Opferentschädigungsgesetz (OEG) Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG) oder ähnlichen Entschädigungsregelungen.  ja  nein

### **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 und sonstigen Verfügungsberechtigten im Falle meines Ablebens bzgl. der Blindenhilfeszahlungen die Regelungen des § 118 Abs. 3 u. 4 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) entsprechend anzuwenden. Insbesondere gelten Blindenhilfeszahlungen als unter Vorbehalt erbracht, die für die Zeit nach dem Ableben überwiesen werden. Überzahlte Beträge der Blindenhilfe sind an das Landratsamt Böblingen zurück zu überweisen, wenn dieses sie als zu Unrecht erbracht zurückfordert. Ich stelle das kontoführende Geldinstitut nach meinem Ableben gegenüber dem Landratsamt Böblingen 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 den Versorgungsämtern (Schwerbehindertenrecht) sowie der Einsichtnahme in Unterlagen der genannten Stellen, Krankenhäusern und des med. 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 Landratsamt Böblingen stimme ich zu.

✕

Ort, Datum

✕

Unterschrift des Blinden

Ehegatte

Vertreter

### **Wichtig:**

**Nachdem der Antrag ausgefüllt ist, soll dieser der Sozialbehörde/Sozialamt oder Bürgermeisteramt des Wohnortes zur Bestätigung (siehe Seite 4 d. Antrages) eingereicht werden.**

**Der Antrag wird dann von der Behörde an das**

**Landratsamt Böblingen, Parkstraße 16, 71034 Böblingen, Tel. (07031) 663-1318**

**weitergeleitet.**

**Bei Ausländern ist zusätzlich die Bescheinigung der Ausländerbehörde (siehe S. 4) erforderlich.**

Für die Gewährung der Landesblindenhilfe ist jeweils das Landratsamt zuständig, in dessen Zuständigkeitsbereich der Antragsteller seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

## Bestätigung der örtliche Sozialbehörde oder des Bürgermeisteramtes

### 1. Die Personen- und Wohnsitzangaben des Antragstellers unter Ziffer 1 und 2 des Antrages werden bestätigt.

Antrag hier gestellt am: \_\_\_\_\_

durch persönliche Vorsprache des Blinden und/oder Vertreters

durch Einreichen des Antragsformulars

**Der/die Antragsteller/in ist hier gemeldet mit:**  Hauptwohnsitz  Nebenwohnsitz

### 2. Die Unterlagen werden urschriftlich an das zuständige Landratsamt

(siehe Seite 3) weitergeleitet.

Anlagen:  augenfachärztliche Bescheinigung  hausärztliches Zeugnis

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

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

## Bescheinigung der Ausländerbehörde für Antragsteller ohne deutsche Staatsbürgerschaft

### 1. D. Antragsteller/in (s. Ziffer 1 des Antrages) befindet sich in Baden-Württemberg

1.1  Aufgrund eines gültigen Aufenthaltstitels in Form einer

Aufenthaltserlaubnis nach § \_\_\_\_\_ AufenthG

Niederlassungserlaubnis nach § \_\_\_\_\_ AufenthG

1.2  Aufgrund einer Aufenthaltsgestattung nach dem Asylgesetz

1.3  Aufgrund einer Duldung nach § \_\_\_\_\_ AufenthG.

1.4  und ist vollziehbar ausreisepflichtig, auch wenn eine Abschiebungsandrohung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist.

1.5  und ist Ehegatte/minderjähriges Kind einer Person, die von den o. g. Merkmalen Ziffer 1.1 bis 1.4 das Merkmal Ziffer \_\_\_\_\_ 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.  Der Asylantrag ist abgelehnt (Duldung nach § \_\_\_\_\_ AufenthG.)

5.  Der/die Antragsteller/in ist Spätaussiedler/in

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

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

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