

Landratsamt Lörrach
Soziale Entschädigung & Schwerbehinderung
Palmstr. 3
79539 Lörrach

Antrag auf Gewährung von Blindenhilfe

gemäß § 72 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

Dieser Antrag gem. § 72 SGB XII ergänzt den Anspruch auf die vorrangig zustehende Landesblindenhilfe Baden-Württemberg. Dieses Antragsformular dient zur Klärung der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen im Sinne der § 2 u. 19 SGB XII i. V. m. § 72 SGB XII.

Ohne Kenntnis der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse des Leistungsberechtigten (und ggf. der Angehörigen) kann über die Blindenhilfe nach § 72 SGB XII nicht entschieden werden.

Daher ist es erforderlich, den Antrag vollständig auszufüllen.

■ Persönliche Verhältnisse

	Leistungsberechtigte/-r	Ehe-/Lebenspartner/-in
Name	_____	_____
Vorname	_____	_____
Geb.-Name	_____	_____
Geb.-Datum	_____	_____
Geb.-Ort	_____	_____
Familienstand	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____
Straße	_____	_____
PLZ/Ort	_____	_____
Schwerbehindertenausweis	GdB: _____	Merkzeichen: _____

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich Name und Adresse der gesetzlichen Vertreter angeben

Name _____ Vorname _____

Geb.-Datum _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Name _____ Vorname _____

Geb.-Datum _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Kinder und sonstige Personen im Haushalt der/des Leistungsberechtigten

Name/Vorname	Geb.-Datum	Verwandtschaftsverhältnis zur leistungsberechtigten Person	Familienstand	Tätigkeit/Beruf
Person 1	_____	_____	_____	_____
Person 2	_____	_____	_____	_____
Person 3	_____	_____	_____	_____

■ Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft (Bitte Nachweise beifügen)

Kaltmiete _____ € monatlich

Heizungskosten _____ € monatlich

Sonstige Nebenkosten _____ € monatlich Art: _____

Gesamtmiete _____ € monatlich

Mietkaution _____ €

Genossenschaftsanteile _____ €

Zusätzliche Kosten bei Haus- oder Wohnungseigentum

Zins _____ € monatlich

Sonstige Aufwendungen Art: _____

Lastenzuschuss _____ € monatlich

Wohngeld _____ € monatlich

■ **Einkommen (§§ 88 ff SGB XII)** (Bitte Nachweise beifügen)

Angabe jeweils in Euro

Art des Einkommens	Leistungsbe- rechtigte Person in €	Ehe-/ Lebenspartner/- in	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3
Einkommen aus nichtselbständiger Arbeit					
Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft					
Miet- und Pachteinnahmen					
Altersrente					
Hinterbliebenenrente					
Waisenrente					
Betriebsrente/ Zusatzversorgung					
Ausgleichsrente					
Erwerbsminderungsrente					
Sonstige Renten					
Pensionen					
Versorgungsleistungen (BVG / OEG usw.)					
Verletzten-/Krankengeld					
BAföG-Leistungen					
Wohngeld					
Leistungen der Agentur für Arbeit					
Leistungen nach SGB II					
Leistungen nach SGB XII					
Sonstigen Leistungen					
Eltern-/Erziehungsgeld					
Kindergeld					
Unterhalt (BGB)					
Unterhaltsvorschuss (UVG)					
Kapitalerträge (Zinsen, Dividenden)					
Pflegeleistungen der Pflegekasse					
Pflegeleistungen einer privaten Versicherung					
Versicherung					
Sonstige Einkünfte					

■ **Absetzbare Ausgaben (§ 82 Abs. 2 SGB XII)** (Bitte Nachweise beifügen) **Angabe jeweils in Euro**

Absetzbare Ausgaben	Leistungsbe- rechtigte Person	Ehe-/ Lebenspartner/- in	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte					
Arbeitsmittel					
Hausratversicherung					
Haftpflichtversicherung					
Altersvorsorge					
Lebensversicherung					
Sterbegeldversicherung					
Sonstige Versicherungen					
Sonstiges					

■ **Vermögen (§ 90 SGB XII)** (Bitte Nachweise beifügen)

Angaben jeweils in Euro

Art des Vermögens	Leistungsbe- rechtigte Person	Ehe-/ Lebenspartner/- in	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3
Bargeld					
Girokonto					
Taschengeldkonto					
Guthaben auf Spar-, Fest- geld-, Bauspar- und sonstigen Konten					
Kraftfahrzeuge					
Haus- und Grundbesitz					
Lebensversicherung, sonstige kapitalbindende Versicherungen					
Sterbegeldversicherung/ Bestattungsvorsorge					
Wertpapiere, Aktien, Pfand- und Schatzbriefe usw.					
Geschäftsanteile					
Vertragliche Ansprüche z.B. Wohnrecht, freie Kost usw.					
Schmerzensgeldzahlungen/ Schadenersatz bezüglich Blindheit					
Ansprüche aus Erbengemeinschaft					
Sonstige Vermögenswerte					

■ Übergebenes Vermögen / Schenkungen / Erbsprüche

(Bitte Nachweise beifügen)

Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z.B. Haus- und Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt? Ja Nein

Wenn ja, bitte Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben.

Sind in der Vergangenheit nahe Angehörige verstorben? Ja Nein

Wenn ja, bitte Name, Geburtsdatum, Sterbedatum Verwandtschaftsgrad angeben.

■ Bankverbindung

Zu erbringende Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

Name und Vorname des Kontoinhabers _____

IBAN _____

BIC _____

Name der Bank _____

**Wichtig! Bitte fügen Sie zu allen zutreffenden Angaben entsprechende Nachweise bei.
Ebenso benötigen wir eine Kopie des Schwerbehindertenausweises.**

■ Versicherung der Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen/Angaben der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Alle Personen, die sich im Haushalt aufhalten, wurden – unabhängig von einer verwandtschaftlichen Bindung – aufgeführt. Die Angaben zum Einkommen und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betruges führen können und dass zu Unrecht gewährte Leistungen zu erstatten sind.

■ Mitwirkungspflichten

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, alle Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich dem Amt für Soziales und Versorgung - Blinderhilfe - anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen anzeigen.

■ Erklärung zur medizinischen Schweigepflicht und zum Datenschutz

Der Vorlage der medizinischen und sonstigen Unterlagen bei Gutachtern, Ärzten und Behörden, insbesondere auch beim Schwerbehindertenrecht, sowie der Einsichtnahme in Unterlagen der genannten Stellen, Krankenhäusern und des medizinischen Dienstes (MDK) zur Klärung des Blinderhilfsanspruchs und der Pflegebedürftigkeit stimme ich zu und entbinde die entsprechenden Stellen (Versorgungs-ärztlicher Dienst, Sachgebiet Schwerbehindertenrecht, Pflegekasse) von der Schweigepflicht. Der Übermittlung der Daten an den Sozialhilfeträger stimme ich zu.

■ Rückzahlungsregelung und Bankauftrag bei Überzahlung

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber den Erben und sonstigen Verfügungsberechtigten im Falle meines Ablebens bezüglich der Blindenhilfefzahlungen die Regelungen des § 118 Abs. 3 u. 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.

Ort, Datum

Unterschrift

- Leistungsberechtigte/-r
- Vertreter/-in (Nachweis beifügen)