

.....
.....

Ort, Datum		
Sachbearbeiter(in)	Zi-Nr.	
Telefon	Durchwahl(Nbst.)	Telefax
Nr./AZ Bitte stets angeben!		

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach § 72
Sozialgesetzbuch - Zwölftes Buch (SGB XII)
- Blindenhilfe -

Über meine Familienverhältnisse und wirtschaftliche Lage mache ich nach bestem Wissen und Gewissen folgende Angaben

	Leistungsberechtigte/r:	Ehegatte/Lebenspartner/Partner eheähnliche Gemeinschaft:
1. Familien-, Geburtsname und Vorname		
2. Geburtsdatum		
3. Familienstand		
3.1 verheiratet/getrennt lebend/geschieden/ Lebenspartnerschaft		
3.2 geschieden – Scheidungsdatum		
4. Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
5. Beruf, bzw. derzeit ausgeübte Erwerbstätigkeit		
6. Arbeitgeber (genaue Anschrift)		

7. Einkommen- bitte immer Bruttobeträge angeben und Nachweise beifügen :		
7.1 Blindengeld (ThürBlüGG) Pflegeleistung (SGB XI)	_____ € monatlich Stufe: ___ Betrag: _____ € monatlich	_____ € monatlich
7.2 Nichtselbstständige Arbeit	_____ € monatlich	_____ € monatlich
7.3 Land- und Forstwirtschaft / Gewerbebetrieb / Selbstständige Arbeit	_____ € monatlich _____ € monatlich	_____ € monatlich _____ € monatlich
7.4 Renten/Pensionen (Alters-, Erwerbsminderungs-, Witwen- Witwer-, Waisen-, Betriebs- Unfall- oder sonstige Renten)	_____ _____ € monatlich _____ € monatlich	_____ _____ € monatlich _____ € monatlich
7.5 Leistungen nach dem Lastenaus- gleichsgesetz (Unterhaltsbeihilfe, Ausgleichsrente, Entschädigungs- rente)	_____ € monatlich	_____ € monatlich
7.6 Rentenzahlung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) mit Ausnahme der Grundrente	_____ € monatlich	_____ € monatlich
7.7 BAföG-Leistungen	_____ € monatlich	_____ € monatlich
7.8 Leistungen des Arbeitsamtes (Ausbildungsgeld, u. a.)	_____ € monatlich	_____ € monatlich
7.9 Leistungen nach dem SGB II	_____ € monatlich	_____ € monatlich
7.10 Leistungen für Kinder (z. B. Kindergeld)	_____ € monatlich	_____ € monatlich
7.11 Miet- und Pachteinnahmen	_____ € monatlich	_____ € monatlich
7.12 Kapitalerträge	_____ € monatlich	_____ € monatlich
7.13 Wohngeld (auch Eigenheimzulage)	_____ € monatlich _____ € monatlich	_____ € monatlich _____ € monatlich
7.14 Sonstiges Einkommen (z. B. Sonderzahlungen, Weihnachts- geld, Urlaubsgeld, Unterhalts- leistungen, sonstige, bisher noch nicht aufgeführte Leistungen)	_____ _____ € monatlich _____ € monatlich	_____ _____ € monatlich _____ € monatlich

8. Absetzbare Beträge/Ausgaben (bitte Nachweise beifügen) :		
8.1 Steuern einschließlich Solidaritätszuschlag	_____ € monatlich	_____ € monatlich
8.2 Kranken-/Pflegeversicherung	_____ € monatlich	_____ € monatlich
8.3 Arbeitslosenversicherung	_____ € monatlich	_____ € monatlich
8.4 Rentenversicherung	_____ € monatlich	_____ € monatlich
8.5 Altersvorsorgebeiträge (Riesterrente etc.)	_____ € monatlich	_____ € monatlich
8.6 Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens (Fahrtkosten etc.) - bitte Nachweise beifügen -	_____ € monatlich	_____ € monatlich
8.7 Versicherungsbeiträge (Haftpflicht-, Unfall-, Hausratversicherung u. ä.) _____ _____	_____ € monatlich _____ € monatlich _____ € monatlich	_____ € monatlich _____ € monatlich _____ € monatlich

9. Vermögenswerte (bitte Nachweise beifügen) :		
9.1 Bargeld	_____ €	_____ €
9.2 Giro-, Spar- und Bankguthaben (Bankinstitut; Kontonummer, Depotnummer)	Betrag: _____ € Institut: _____	Betrag: _____ € Institut: _____
9.3 Haus und Grundbesitz	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein *bitte Grundbuchauszug beifügen	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein *bitte Grundbuchauszug beifügen
9.4 Vertraglich gesicherte Ansprüche (z. B. Sachbezüge wie Wohnrecht, freie Kost etc.)		
9.5 Sonstige Vermögenswerte (z. B. Vermögenswirksame Leistungen, Wertpapiere, Kraftfahrzeug, Sammlungen, Bausparverträge, Ansprüche auf Rückzahlung von Darlehen, Rückkaufswert von Versicherungen, etc.)		

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

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

.....

10. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft (bitte Nachweise beifügen) :

	Eigennutzung:	Untervermietung:
10.1 Wohnfläche	_____ m ²	_____ m ²
10.2 Zahl der Personen in der Wohnung	_____	_____
10.3 Gesamtkosten der Unterkunft	_____ € monatlich	
davon:		
10.3.1 Kaltmiete	_____ € monatlich	
10.3.2 Nebenkosten	_____ € monatlich	
10.3.3 Heizungskosten	_____ € monatlich	
10.4 Sind in den genannten Kosten die Beiträge für die Warmwasseraufbereitung enthalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ € monatlich	

11. Kinder und sonstige Angehörige im Haushalt der/des Leistungsberechtigten:

Familien-, Geburtsname, Vorname	Geburtsdatum	Verwandschafts- verhältnis zur/zum Leistungsberechtigten	Familienstand	Beruf

12. Kinder außerhalb des Haushalts				
Familien-, Geburtsname, Vorname	Geburtsdatum	Verwandschafts- verhältnis zur/zum Leistungsberechtigten	Familienstand	Wohnanschrift

13. Folgende außerhalb des Haushalts lebende Angehörige erhalten von mir Unterhalt:

14. Durch besondere Belastungen infolge Zahlung von Beiträgen an private Versicherungen (auch Lebens-, Rentenversicherungen, Bausparverträge u. ä.), Schuldverpflichtungen usw. habe ich folgende zusätzliche Aufwendungen (bitte Nachweise beifügen):

15. Zusätzlich zur schriftlichen Entscheidung erbitte ich eine Audio-Datei als CD <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--

Bitte prüfen Sie noch einmal, ob Sie alle vorhandenen Nachweise beigefügt haben.

Erklärung der/des Antragstellerin/Antragstellers und seines Ehegatten/Lebenspartners, bei Minderjährigen, des/der Sorgeberechtigten:

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfgewährung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnisse (z. B. Krankenhaus- oder Altenheimaufnahme, vorübergehende Abwesenheit von zwei oder mehr Monaten) sofort unaufgefordert mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Antragsteller/in

Die nachfolgende Einwilligungserklärung ist unbedingt zu unterschreiben!

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Landkreis/die kreisfreie Stadt die für das Verwaltungsverfahren erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag bzw. im weiteren Verfahren von mir benannten Ärzte und Krankenanstalten sowie bei Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind), insbesondere Entlassungsberichte/Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegende(n) Sehbehinderung(en) geben können.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein sich evtl. anschließendes Rechtsbehelfsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Verwaltungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Sofern die Einholung von Auskünften und Unterlagen eingeschränkt werden soll, ist das in dem nachfolgenden Feld zu vermerken.

Mit der Einholung von Auskünften und Unterlagen bei folgenden Stellen (z. B. Ärzten, Krankenanstalten) bin ich **nicht** einverstanden.

.....
.....
.....
.....
.....

Hinweise zum Datenschutz

Um sachgerecht über Ihre Leistungen nach § 72 SGB XII entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters zu bestätigen. Die Datenerhebung erfolgt nach § 67a Abs.2 S.1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs.1 SGB X. Ihre Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs.1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I).

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Antragsteller bzw. Vertreter)

Antrag auf unbare Zahlung der Blindenhilfe gemäß § 72 SGB XII

1. Überweisung auf mein eigenes Konto:

Die mir zustehende laufende Leistung bitte ich künftig auf mein nachstehend bezeichnetes Konto zu überweisen:

Konto-Nr.: _____

Geldinstitut: _____

Bankleitzahl: _____

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Antragstellers/in

2. Überweisung auf ein Fremdkonto

Die mir zustehende laufende Leistung bitte ich künftig auf das nachstehend bezeichnete Fremdkonto zu überweisen (z. B. eines Familienangehörigen oder eines Betreuers):

Name und Anschrift des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin:

.....

Konto-Nr.: _____

Geldinstitut: _____

Bankleitzahl: _____

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Antragstellers/in

Erklärung des Fremdkontoinhabers

Der / Die Unterzeichnende verpflichtet sich hierdurch, Tatsachen, die einer Weiterzahlung der Blindenhilfe an den Blindenhilfeempfänger / die Blindenhilfeempfängerin:

(Vor- und Zuname)

(geboren am)

entgegenstehen (zum Bsp. Ableben, Aufenthaltswechsel), unverzüglich dem Landkreis/der kreisfreien Stadt mitzuteilen. Ich verpflichte mich, überzahlte Beträge dem Landkreis/der kreisfreien Stadt zurückzuzahlen. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch gegenüber meinen Erben überzahlte Beträge dem Versorgungsamt zurückzuerstatten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Fremdkontoinhabers/in