

Landratsamt Saale-Holzland-Kreis -  
 Sozialamt  
 Postfach 1310  
 07602 Eisenberg

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	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft
3.1 geschieden – Scheidungsdatum		
4. Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
5. Beruf bzw. derzeit ausgeübte Erwerbstätigkeit		
6. Arbeitgeber (genaue Anschrift)		

		Leistungsberechtigte/r		Ehegatte / Lebenspartner / Partner eheähnliche Gemeinschaft
<b>7. Einkommen – bitte immer Bruttobeträge angeben und Nachweise beifügen</b>				
7.1	Blindengeld (ThürBliGG)	Stufe	<input type="text"/> € monatlich	<input type="text"/> € monatlich
	Pflegeleistung (SGB XI)	Betrag	<input type="text"/> € monatlich	
7.2	Nichtselbstständige Arbeit		<input type="text"/> € monatlich	<input type="text"/> € monatlich
7.3	Land- und Forstwirtschaft / Gewerbebetrieb / Selbstständige Arbeit		<input type="text"/> € monatlich	<input type="text"/> € monatlich
			<input type="text"/> € monatlich	<input type="text"/> € monatlich
7.4	Renten/Pensionen (Alters-, Erwerbsminderungs-, Witwen- Witwer-, Waisen-, Betriebs-, Unfall- oder sonstige Renten)		<input type="text"/> € monatlich	<input type="text"/> € monatlich
			<input type="text"/> € monatlich	<input type="text"/> € monatlich
			<input type="text"/> € monatlich	<input type="text"/> € monatlich
7.5	Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz (Unterhaltsbeihilfe, Ausgleichsrente, Entschädigungsrente)		<input type="text"/> € monatlich	<input type="text"/> € monatlich
7.6	Rentenzahlung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) mit Ausnahme der Grundrente		<input type="text"/> € monatlich	<input type="text"/> € monatlich
7.7	BAföG-Leistungen		<input type="text"/> € monatlich	<input type="text"/> € monatlich
7.8	Leistungen des Arbeitsamtes (Ausbildungsgeld u. a.)		<input type="text"/> € monatlich	<input type="text"/> € monatlich
7.9	Leistungen nach dem SGB II		<input type="text"/> € monatlich	<input type="text"/> € monatlich
7.10	Leistungen für Kinder (z. B. Kindergeld)		<input type="text"/> € monatlich	<input type="text"/> € monatlich
7.11	Miet- und Pachteinnahmen		<input type="text"/> € monatlich	<input type="text"/> € monatlich
7.12	Kapitalerträge		<input type="text"/> € monatlich	<input type="text"/> € monatlich
7.13	Wohngeld (auch Eigenheimzulage)		<input type="text"/> € monatlich	<input type="text"/> € monatlich
			<input type="text"/> € monatlich	<input type="text"/> € monatlich
7.14	Sonstiges Einkommen (z. B. Sonderzahlungen, Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Unterhaltsleistungen, sonstige, bisher noch nicht aufgeführte Leistungen)		<input type="text"/> € monatlich	<input type="text"/> € monatlich
			<input type="text"/> € monatlich	<input type="text"/> € monatlich

		Leistungsberechtigte/r	Ehegatte / Lebenspartner / Partner eheähnliche Gemeinschaft
<b>8. Absetzbare Beträge/Ausgaben (bitte Nachweise beifügen) :</b>			
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

<b>9. Vermögenswerte (bitte Nachweise beifügen):</b>			
9.1	Bargeld	_____ €	_____ €
9.2	Giro-, Spar- und Bankguthaben	Betrag: _____ €	Betrag: _____ €
		Geldinstitut _____	Geldinstitut _____
		IBAN _____	IBAN _____
		BIC _____	BIC _____
		Depot-Nummer _____	Depot-Nummer _____
9.3	Haus und Grundbesitz	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Grundbuchauszug beifügen) <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Grundbuchauszug beifügen) <input type="checkbox"/> Nein
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?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Wenn ja:</b>	Zeitpunkt
	Anlass
	Art des Vermögenswertes
	Höhe des Vermögenswertes in €
	Empfänger

10. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft (bitte Nachweise beifügen):		
	Eigennutzung:	Untervermietung:
10.1 Wohnfläche	_____ m <sup>2</sup>	_____ m <sup>2</sup>
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	Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Leistungsberechtigten	Familienstand	Beruf

12. Kinder außerhalb des Haushalts				
Familien-, Geburtsname, Vorname	Geburtsdatum	Verwandschafts- verhältnis zur/ zum Leistungs- berechtigten	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**  Ja  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 Ärzten 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 <u>nicht</u> 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 des Antragstellers bzw. Vertreters

# 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:

Geldinstitut		
IBAN		BIC
DE		

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		
Geldinstitut		
IBAN		BIC
DE		

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

Name, Vorname

geboren am

entgegenstehen (z. B. 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