

Antrag auf Gewährung von Blindenhilfe gem. § 72 Sozialgesetzbuch (SGB) XII

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname _____

Geburtsdatum und -ort _____

Geburtsname und früher geführte Namen _____

Anschrift _____

Familienstand _____ Staatsangehörigkeit _____

Betreuer/Bevollmächtigter _____

In meinem Haushalt leben -außer mir- noch folgende Personen:

| Vor- und Zuname | Geburtsdatum | wie verwandt | Einkommen |
|-----------------|--------------|--------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2. Einkommensverhältnisse (Bitte Nachweise beifügen!)

Ich/Wir verfüge/n über folgendes Einkommen:

| | | | |
|--------------------------|---|----------------------|---|
| Altersrente | € | Grundsicherung | € |
| Witwen-/Witwerrente | € | Kindergeld | € |
| Berufsunfähigkeitsrente | € | Unterhalt/Leibrente | € |
| Erwerbsunfähigkeitsrente | € | Miet-/Pachteinnahmen | € |
| Grundrente | € | Kriegsopferfürsorge | € |
| Versorgungsbezüge | € | sonstige Einkünfte | € |
| Arbeitslosengeld | € | Einkommen Partner/in | € |

Sachbezüge, wie z. B. freie Verpflegung, freie Wohnung _____

3. Kosten der Unterkunft (Bitte Nachweise beifügen, bei Wohneigentum bitte Rentabilitätsberechnung anfordern)

| | |
|-----------------------------|---|
| Kaltmiete | € |
| Heizkostenvorauszahlung | € |
| Betriebskostenvorauszahlung | € |
| Wohngeld | € |

4. Versicherungen (Bitte Nachweise beifügen!)

| | | | |
|-------------------------|---|-------------------------|---|
| Hausratversicherung | € | sonstige Versicherungen | € |
| Haftpflichtversicherung | € | | € |

5. Krankenkasse

Name und Anschrift _____

Versicherungs-Nr. _____

Pflichtversicherung freiwillige Versicherung Familienversicherung

6. Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen!)

- Ich erhalte keine Leistungen der Pflegekasse.
 Ich habe am _____ Leistungen der Pflegekasse beantragt.
 Leistungen der Pflegekasse wurden am _____ abgelehnt.
 Ich erhalte Leistungen der Pflegekasse seit _____
nach Pflegegrad _____

Ich lebe in einem Heim nein ja, seit _____

Name und Anschrift des Heimes

7. Angehörige (Bitte Kinder, Eltern, Ehegatten angeben)

| Name, Vorname | Anschrift | Geburtsdatum | Verwandtschaftsverhältnis |
|---------------|-----------|--------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Ich habe keine Kinder/Eltern/Ehegatten.

8. Vermögen der Bedarfsgemeinschaft (Bitte Nachweise beifügen!)

Bargeld nicht vorhanden ja, _____ €

Konten bei Banken und Sparkassen nicht vorhanden ja,
(Bezeichnung und IBAN, Kontoauszüge der letzten 3 Monate beifügen)

_____ €

_____ €

_____ €

Mietkaution, Genossenschaftsanteile nicht vorhanden ja _____ €

Lebens-/Sterbegeldversicherung, Sterbekasse,
Sterbegelder, andere Versicherungen nicht vorhanden ja,
Bezeichnung _____

Fällig am _____ €

Wertpapiere
Kurswert am _____ €

Haus- und Grundbesitz nicht vorhanden ja

Lage und Nutzungsart _____

Grundbuchliche Bezeichnung _____

Verkehrswert am _____ €

Ansprüche aus Altenteilsverträgen, Überlassungsverträgen, Leibrentenverträgen,
Verkaufsverträgen, sonstige Verträge nicht vorhanden ja,
Bezeichnung _____

Fahrzeuge nicht vorhanden ja,
Marke _____ Modell _____

Baujahr _____ Kilometer _____

Wert _____ €

sonstige Vermögenswerte nicht vorhanden ja, lt. beigefügter Liste
(z. B. Kunstgegenstände, Schmuck) im Gesamtwert _____ €

Ich habe in den letzten 10 Jahren Vermögen/Geld verschenkt, verliehen, veräußert,
übergeben (z. B. Grundbesitz, Bargeld) nein ja, und zwar

Name des Empfängers, Zeitpunkt, Anlass, Art und Wert des verschenkten Vermögens

9. Bankverbindung

Zahlungen bitte ich zu überweisen an: Kreditinstitut _____

IBAN: DE __ __ / __ __ __ __ / __ __ __ __ / __ __ __ __ / __ __

BIC _____, Konto-Inhaber _____

10. Hinweise zum Datenschutz

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des SGB XII. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert. Eine Übermittlung an Dritte erfolgt nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen. Insbesondere werden sie nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Vermittlungsstelle nach § 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII übermittelt.

Gem. § 60 SGB I sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungsgewährung erheblich sind und auf Verlangen des Kreises Schleswig-Flensburg der Erteilung der erforderlichen Auskünfte von Dritten zuzustimmen. Sofern Sie falsche oder unvollständige Angaben machen oder Änderungen nicht unverzüglich mitteilen, müssen Sie mit der Erstattung der zu Unrecht gezahlten Leistungen rechnen. Außerdem setzen Sie sich auch der Gefahr eines Strafverfahrens aus.

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben zutreffend sind.

_____, _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift des Leistungsberechtigten bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Stand 09/2017