

Hinweise:

Um sachgerecht über Ihren Anspruch aus Blindenhilfe entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, das Formblatt sorgfältig auszufüllen.

Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, das Formblatt auf Seite 7 zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch-Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	1. Person		2. Person	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
	Antragsteller(in)		<input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft	
Familienname, auch Geburtsname, Vorname				
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)				
Geburtsdatum und -ort				
Rentenversicherungsnummer				
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getr.-leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> getr.-leb. (LP) <input type="checkbox"/> LP aufgeh. seit:		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getr.-leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> getr.-leb. (LP) <input type="checkbox"/> LP aufgeh. seit:	
Staatsangehörigkeit, bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status				
Spätaussiedler(in)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: Ist die Verteilung länger als drei Jahre her? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: Ist die Verteilung länger als drei Jahre her? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wurde eine Betreuung verfügt oder beantragt bzw. besteht Vollmacht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein beantragt am:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein beantragt am:	
Name und Anschrift des/der Betreuer(in)/ Bevollmächtigten: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)	Kopie der Bestellsurkunde/Vollmacht beifügen		Kopie der Bestellsurkunde/Vollmacht beifügen	
Schwerbehindertenausweis? (Kopie des Ausweises beifügen!)	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ <input type="checkbox"/> nein	beantragt am	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ <input type="checkbox"/> nein	beantragt am
	GdB ____ Merkzeichen: <input type="checkbox"/> BI		GdB ____ Merkzeichen: <input type="checkbox"/> BI	
Erhalten Sie Landes-/Zivilblindengeld? (Kopie des aktuellen Bescheides beifügen)	<input type="checkbox"/> ja, mtl. Betrag: _____ <input type="checkbox"/> nein beantragt am		<input type="checkbox"/> ja, mtl. Betrag: _____ <input type="checkbox"/> nein beantragt am	

Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z.B. Heim, Krankenhaus)?	<input type="checkbox"/> ja, seit: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: <input type="checkbox"/> nein
Werden die Kosten ganz oder teilweise aus öffentlich-rechtlichen Mitteln getragen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Leistungsträger:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Leistungsträger:
Falls ja: Wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	Aufenthalt zwei Monate vor der Aufnahme in die Einrichtung:	Aufenthalt zwei Monate vor der Aufnahme in die Einrichtung:

2. Kranken- / Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

Wo sind Sie versichert?		
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung
Besteht ein Beihilfeanspruch (aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein beihilfeberechtigte Person: Beihilfe gewährende Stelle:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein beihilfeberechtigte Person: Beihilfe gewährende Stelle:
Erhalten Sie Leistungen der Pflegeversicherung?	<input type="checkbox"/> ja, Pflegestufe: _____ <input type="checkbox"/> nein beantragt am	<input type="checkbox"/> ja, Pflegestufe: _____ <input type="checkbox"/> nein beantragt am
Erhalten Sie häusliche Pflege?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein beantragt am	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein beantragt am

3. Monatliche Kosten der Unterkunft – Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären Einrichtung leben!

Zahl der Personen in der Wohnung:	Person(en)	Wohnfläche:	m ² / Baujahr des Hauses:
Gesamtkosten der Unterkunft (ohne Heizkosten!):		EUR	
davon Kaltmiete:		EUR	
Nebenkosten:		EUR	
Enthalten die oben genannten Beträge			
- Kosten für Haushaltsstrom?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
- Kosten für Warmwasserbereitung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
- Kosten für Schönheitsreparaturen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
- Kosten für den Fernsehempfang über Kabel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
Höhe der Einnahmen aus Untervermietung:	EUR		
<input type="checkbox"/> möbliertes Zimmer	<input type="checkbox"/> möblierte Wohnung	<input type="checkbox"/> Leerzimmer	<input type="checkbox"/> __

Haus-/Wohnungseigentum

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!

4. Unterhalt

nur vom/von der Antragssteller(-in) (Person 1) ausfüllen

4.1 Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten / Ehegattinnen oder Partner-(innen) einer Lebenspartnerschaft?

Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten / Ehegattinnen oder Partner-(innen) einer Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein, Grund: <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits titulierte (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen)
Falls ja: Familiennamen, Vorname des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten/ Lebenspartners	
Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)	
Geburtsdatum und -ort	
jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden / geschiedenen Ehegatten bzw. Lebenspartners / Lebenspartnerin	

4.2 Verwandtenunterhalt (Eltern, Großeltern, leibliche Kinder, Pflege-, Adoptiv-, Stiefkinder)

4.2.1 Personen, mit denen der/die Antragsteller(-in) in Haushaltsgemeinschaft leben

Familiennamen, auch Geburtsnamen, Vorname				
Geburtsdatum und -ort				
Familienstand/ Verwandtschaftsgrad				
Wird die Person vom Antragsteller überwiegend unterhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beruf/ Arbeitgeber				
Monatliches Einkommen				

4.2.2 Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

Familiennamen, auch Geburtsnamen, Vorname				
Geburtsdatum und -ort				
Familienstand/ Verwandtschaftsgrad				
Wird die Person vom Antragsteller überwiegend unterhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)				
Beruf/ Arbeitgeber				
Monatliches Einkommen				

5. Einkommen (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen!)

z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate

	1. Person		2. Person	
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Einkommen	Mtl. Betrag Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen	beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens	Mtl. Betrag Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen	beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens
nichtselbstständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, WfbM-Einkommen)				
Gewerbebetrieb				
Land- und Forstwirtschaft				
sonstige selbstständige Tätigkeit				
Vermietung und Verpachtung (Untermiete bei 3.1 angeben!)				
Wohngeld / Lastenzuschuss				
Renten / Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Alter, Unfall, landwirtsch. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Werksrente, Kinderzuschuss/ -zulage, Pflegegeld zur Rente)				
Kranken-, Verletzten-, Übergangsgeld				
Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)				
Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III, z.B. Arbeitslosengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe)				
Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung nach dem SGB XII				
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz oder eines Nebengesetzes (OEG, SVG, IfSG, ...)				
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z.B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)				

Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz				
Mutterschaftsgeld (einschl. Arbeitgeberzuschuss)				
Elterngeld / Landes-erziehungsgeld				
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Kinderzuschlag) Wird entsprechendes Einkommen an Kinder weitergegeben?	Betrag: _____ <input type="checkbox"/> nein		Betrag: _____ <input type="checkbox"/> nein	
Ausbildungsförderung				
Unterhalt (auch Leistungen angeben, die der Kindergeldberechtigte aus seinem durch Kindergeld erzielten Einkommen erbringt)				
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Verköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)				
Steuererstattung				
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)				
Guthaben aus Abrechnungen				
Sonstige Einkünfte				

6. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 4 berücksichtigt) (Bitte Nachweise beifügen!)

Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgaben	mtl. Betrag	mtl. Betrag
Steuern auf das Einkommen		
Sozialversicherungsbeiträge		
Haftpflichtversicherung		
Hausratversicherung		
Altersvorsorgebeiträge		
Sterbeversicherung		
Aufwendungen für Arbeitsmittel		
Beiträge für Berufsverbände oder ähnliche Einrichtungen		
einfache Entfernung zw. Wohnung & Arbeitsstelle / Verkehrsmittel	km <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> _____	km <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa <input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> _____
Kosten öffentl. Verkehrsmittel		

7. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (Bitte Nachweise beifügen!)

	1. Person		2. Person	
Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Art des Vermögens	belegter Vermögenswert	geschätzter Vermögenswert	belegter Vermögenswert	geschätzter Vermögenswert
Bargeld				
Bank- / Sparguthaben (einschl. vermögenswirks. Leistungen) Bitte Kontoauszüge der letzten 6 Monate beifügen!				
Wertpapiere / Aktien				
Forderungen				
Lebensversicherungen (aktueller Rückkaufwert inkl. Überschussanteil nachweisen, Bezugsberechtigung im Erlebens- und Todesfall)				
Bestattungsvorsorge				
Hauseigentum				
Sonstiger Grundbesitz				
Kraftfahrzeug(e)				
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente)				
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)				
Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte				
Sonstiges Vermögen				

8. Vermögensübertragungen

Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: wann? <div style="text-align: center;">in welcher Höhe?</div>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: wann? <div style="text-align: center;">in welcher Höhe?</div>
--	--	--

9. Ermittlung eines eventuell kostenerstattungspflichtigen Trägers / Schadenersatzpflichtigen

Sind Sie in den letzten zwei Monaten aus dem Ausland eingereist?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie bereits Sozialhilfe / Blindenhilfe von einem anderen Sozialhilfeträger erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: von wem? bis wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: von wem? bis wann?
Ist die Blindheit / Sehminderung anerkannt worden als ...?	<input type="checkbox"/> Folge eines Arbeits- /Wegeunfalls <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Folge einer Wehr- oder Zivildienstbeschädigung <input type="checkbox"/> Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG) <input type="checkbox"/> Verfolgtenseiden <input type="checkbox"/> Impfschaden Von welcher Stelle?	<input type="checkbox"/> Folge eines Arbeits- /Wegeunfalls <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Folge einer Wehr- oder Zivildienstbeschädigung <input type="checkbox"/> Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG) <input type="checkbox"/> Verfolgtenseiden <input type="checkbox"/> Impfschaden Von welcher Stelle?
Ist die Blindheit / Sehminderung durch eine durch Andere verursachte Körperverletzung bzw. Krankheit (z. B. Verkehrsunfall, sonstige Unfall, Ansteckung) verursacht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Haben Sie Schadenersatzansprüche geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name des Verursachers ggf Versicherung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Haben Sie Schadenersatzansprüche geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name des Verursachers ggf Versicherung:

10. aktuelle Bankverbindung

wie bisher
 neue Bankverbindung:
 Konto-Nr., Bankleitzahl, Name und Sitz des Geldinstituts, Name und Vorname des Kontoinhabers

Erklärung

Das Formblatt habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 4. Unterhalt) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in das vorstehenden Formblatt oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Wenn und solange ich Blindenhilfe erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, die Auswirkungen auf die Leitungshöhe (Aufnahme in eine stationäre Einrichtung, Erhalt von Pflegeversicherungsleistungen, Änderungen der Pflegestufe), unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten / Ehegattin / Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.

Ort, Datum

Unterschrift 1. Person

Unterschrift 2. Person

Hinweise zum Formblatt Blindenhilfe nach dem Neunten Kapitel des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII)

Allgemeines:

Die Leistungen der Blindenhilfe werden nach den Regelungen des § 72 des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII) gewährt.

Blinden Menschen wird zum Ausgleich der durch die Blindheit bedingten Mehraufwendungen Blindenhilfe gewährt, soweit sie keine gleichartigen Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten.

Nach dem Bay. Blindengeldgesetz wird vom **Zentrum Bayern Familie und Soziales - Region Mittelfranken - Bärenschanzstraße 8a, 90429 Nürnberg** ein Blindengeld in Höhe von 85 % der Blindenhilfe gewährt. Damit ergibt sich nach den Bestimmungen des SGB XII ein Anspruch auf Blindenhilfe für den Differenzbetrag (Aufstockungsbetrag), soweit sozialhilferechtliche Bedürftigkeit vorliegt.

Anspruchsvoraussetzungen sind daher insbesondere Volljährigkeit der nachfragenden Person und Bezug von Blindengeld nach dem Bay. Blindengeldgesetz.

Allerdings stehen Leistungen der Blindenhilfe nur dann zu, wenn das Einkommen nicht ausreicht, um den Bedarf zu decken, und auch Vermögen nicht einzusetzen ist.

Leben Ehegatten, eingetragene Lebenspartner oder Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft zusammen, so wird auch das Einkommen und Vermögen des bzw. der Anderen berücksichtigt.

Neben dem Einsatz von Einkommen und Vermögen durch den Antragssteller und seines Ehegatten, Lebenspartners oder Partners einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft ist bei der Bewilligung von Blindenhilfe nach dem § 72 SGB XII auch zu prüfen, inwieweit die Unterhaltspflichtigen (Eltern, Kinder, getrennt lebende bzw. geschiedene Ehegatten oder getrennt lebende bzw. ausgetragene Lebenspartner) zur Zahlung eines Unterhaltsbeitrages aufgrund ihrer persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse verpflichtet sind.

Das Formblatt enthält viele leistungsrelevante Fragen, die für die Bearbeitung erforderlich sind. Durch sorgfältiges Ausfüllen vermeiden Sie Nachfragen und damit zeitliche Nachteile.

Das Formblatt selbst ist wie folgt aufgebaut:

Seite 1: Personendaten

Seite 2: Fragen zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Unterkunftskosten

Seite 3: Unterhalt

Seite 4 bis 5: Fragen zum Einkommen

Seite 6 bis 7: Fragen zum Vermögen und sonstiges.

Zu 1.: Persönliche Verhältnisse (Seite 1)

Eine *eheähnliche Gemeinschaft* besteht zwischen zusammen lebenden und wirtschaftenden Partnern unterschiedlichen Geschlechts, die füreinander einstehen und sich füreinander verantwortlich fühlen. „Lebenspartner“ sind eingetragene Partner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes.

Für die Klärung der Zuständigkeitsfrage ist es wichtig, die Aufenthaltsverhältnisse vor Aufnahme in eine stationäre Einrichtung (z.B. Heim, Krankenhaus u.a.m.) darzulegen.

Lebt der blinde Mensch in einer stationären Einrichtung und werden die Kosten des Aufenthalts ganz oder teilweise aus Mitteln öffentlich-rechtlicher Leistungsträger getragen, so verringert sich die Blindenhilfe um die aus diesen Mitteln getragenen Kosten, höchstens jedoch um 50 vom Hundert der vollen Blindenhilfe.

Darüber hinaus ist z.B. bei Umzug wichtig, ob am bisherigen Wohnort bereits Blindenhilfe gezahlt wurde.

Zu 2.: Kranken- /Pflegeversicherung (Seite 2)

Unabhängig ob Leistungen der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung sowie nach beamtenrechtlichen Vorschriften ist die Angabe hierzu unabdingbar. Entsprechend § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB XII sind diese auf die Blindenhilfe anzurechnen.

Zu 3.: Kosten der Unterkunft (Seite 2)

Zur Ermittlung des zu berücksichtigten Einkommens bzw. der maßgebenden Einkommensgrenze nach § 85 SGB XII sind die Kosten der Unterkunft anzugeben. Aufwendungen für Heizung und Hausstrom bleiben hierbei unberücksichtigt und sind daher explizit auszuweisen.

Zu 4.: Unterhalt (Seite 3)

Nach § 94 Abs. 1 SGB XII gehen Unterhaltsansprüche nach dem Bürgerlichen Recht (BGB) der nachfragenden Person bis zur Höhe der geleisteten Aufwendungen (Höhe der gewährten Blindenhilfe) zusammen mit dem unterhaltsrechtlichen Auskunftsanspruch kraft Gesetzes auf den Bezirk Mittelfranken über.

Zu 5.: Einkommen (Seite 4)

Blindenhilfeleistungen sind abhängig von der Höhe und der Art des Einkommens. Zum Einkommen gehören alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert.

Soweit eine spezielle Einkommensart im Vordruck nicht aufgeführt sein sollte, ist dieses Einkommen unter *Sonstige Einkünfte* zu erfassen.

Nicht zum anzurechnenden Einkommen gehört z.B. das Arbeitsförderungsgeld in einer Werkstatt für behinderte Menschen.

Zu 6.: Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (Seite 5)

Ihr anzurechnendes Einkommen verringert sich u.a. durch gezahlte Einkommensteuern und Sozialversicherungsbeiträge. Beiträge zu öffentlichen oder privaten Versicherungen oder ähnlichen Einrichtungen werden nur abgesetzt, soweit diese Beiträge gesetzlich vorgeschrieben oder nach Grund und Höhe angemessen sind. Werbungskosten werden abgesetzt, soweit sie zur Erzielung des Einkommens notwendig sind.

Zu 7.: Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (Seite 6)

Zum Vermögen gehört das gesamte verwertbare Vermögen.

Bitte geben Sie hier auch an, wenn Sie noch Ansprüche gegen Dritte haben, z. B. Erbansprüche, Rückforderungen aus Verträgen oder Schenkungen o.ä.).

Folgendes Vermögen muss **nicht** verwertet werden:

- Vermögen, das aus öffentlichen Mitteln zum Aufbau oder zur Sicherung einer Lebensgrundlage oder zur Gründung eines Hausstandes gewährt wird,
- Kapital einschließlich seiner Erträge, das der zusätzlichen Altersvorsorge im Sinne des § 10a oder des Abschnitts XI des Einkommensteuergesetzes dient und dessen Ansammlung staatlich gefördert wurde,
- sonstiges Vermögen, solange es nachweislich zur baldigen Beschaffung oder Erhaltung eines Hausgrundstücks bestimmt ist, soweit dieses Wohnzwecken behinderter, blinder oder pflegebedürftiger Menschen dient oder dienen soll und dieser Zweck durch den Einsatz oder die Verwertung des Vermögens gefährdet würde,
- angemessener Hausrat; dabei sind die bisherigen Lebensverhältnisse der nachfragenden Person zu berücksichtigen,
- Gegenstände, die zur Aufnahme oder Fortsetzung der Berufsausbildung oder der Erwerbstätigkeit unentbehrlich sind,
- Familien- und Erbstücke, deren Veräußerung für die nachfragende Person oder seine Familie eine besondere Härte bedeuten würde,
- Gegenstände, die zur Befriedigung geistiger, besonders wissenschaftlicher oder künstlerischer Bedürfnisse dienen und deren Besitz nicht Luxus ist,
- ein angemessenes selbst genutztes Hausgrundstück. Die Angemessenheit bestimmt sich nach der Zahl der Bewohner, dem Wohnbedarf (zum Beispiel behinderter, blinder oder pflegebedürftiger Menschen), der Grundstücksgröße, der Hausgröße, dem Zuschnitt und der Ausstattung des Wohngebäudes sowie dem Wert des Grundstücks einschließlich des Wohngebäudes,
- kleinere Barbeträge oder sonstige Geldwerte; dabei ist eine besondere Notlage der nachfragenden Person zu berücksichtigen (grundsätzlich: Alleinstehende 2.600 EUR, Ehegatte / Ehegattin / Lebenspartner(in) / Partner(in) einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft zuzüglich 614 EUR [bei Blindheit des Partners erhöht sich dieser Betrag auf 1.534 EUR], für jede andere überwiegend unterhaltene Person zuzüglich 256 EUR).

Zu 8.: Vermögensübertragungen (Seite 6)

Diese Angaben sind von Bedeutung für die Bewertung und Berechnung von Ansprüchen, die sich aus Vermögensübertragungen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorweggenommene Erbfolge) ergeben können.

Zu 9.: Ermittlung eines eventuell kostenerstattungspflichtigen Trägers / Schadenersatzpflichtigen (Seite 7)

Sozialhilfe wird nachrangig gewährt (§ 2 SGB XII). Zur Ermittlung eines vorrangigen Leistungsträgers bzw. eines Schadenersatzpflichtigen sind die Angaben zur Ursache der Blindheit / Sehminderung notwendig.

Wichtiger Hinweis:

Bitte vergessen Sie nicht, das Formblatt zu unterschreiben!

Hinweis gemäß Art. 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):

Verantwortlicher i.S.d. DSGVO:

Bezirk Mittelfranken

Danziger Str. 5

91522 Ansbach

Tel.: 0981/4664-0

E-Mail: sozialreferat@bezirk-mittelfranken.de

Die von Ihnen gem. § 67a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und –nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 67 ff. SGB X i.V.m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Ihre Daten können vom Bezirk Mittelfranken im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung gem. §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B. an andere Sozialleistungsträger i.S.d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff. SGB XII).

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO, § 83 SGB X).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen das Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO, § 84 SGB X).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO, § 84 SGB X).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, stehen Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Bezirk Mittelfranken, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Den Datenschutzbeauftragten des Bezirks Mittelfranken erreichen Sie unter folgender Telefonnummer: 0981/4664-1040 oder über folgende E-Mail-Adresse: datenschutz@bezirk-mittelfranken.de

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz, Postfach 22 12 19, 80502 München (E-Mail: poststelle@datenschutz-bayern.de)