

Landratsamt Tuttlingen  
 -Kreissozialamt-  
 Bahnhofstraße 100  
 78532 Tuttlingen

Antragsaufnahme durch
Erstberatung/Bekanntgabe am
Antragsausgabe + Merkblatt am

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

1.	Leistungsberechtigte/r	Ehegatte/Lebenspartner/Partner eheähnlicher Gemeinschaft
Familien-, Geburtsname, Vorname		
Geburtsdatum		
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft
Trennungs-, Scheidungsdatum		
Wohnanschrift (Straße, Haus-nummer, PLZ, Ort)		
Beruf bzw. derzeit ausgeübte Tätigkeit		
Arbeitgeber, genaue Anschrift		
Bisheriger Wohnort (2 Monate vor Antrag- stellung)		
zugezogen am		
Wohnform	<input type="checkbox"/> Mietwohnung <input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> sonstige	<input type="checkbox"/> Mietwohnung <input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> sonstige

2. Vertretung (Betreuer, Bevollmächtigter, Sorgeberechtigter, ggf. mehrere) (Bitte Nachweise beifügen)		
Name		
Vorname		
Anschrift		
Telefon/Handy		
Fax und/oder email		
Art der Vertretung	<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigter/Vormund	<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigter/Vormund

<b>3. Einkommen –bitte immer Bruttobeträge angeben und Nachweise beifügen</b>		
	<b>Leistungsberechtigte/r</b>	<b>Ehegatte/Lebenspartner/Partner eheähnlicher Gemeinschaft</b>
Landesblindenhilfe	€ monatlich	€ monatlich
Nichtselbständige Arbeit	€ monatlich	€ monatlich
Selbständige Arbeit	€ monatlich	€ monatlich
Gewerbebetrieb/Land- Forstwirtschaft	€ monatlich	€ monatlich
Renten/Pensionen (Alters-, Erwerbsminderungs-, Witwen/r-, Waisen-, Betriebs-, Unfall- oder sonstige Renten)	€ monatlich	€ monatlich
Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz (Unterhaltsbeihilfe, Ausgleichsrente, Entschädigungsrente)	€ monatlich	€ monatlich
Rentenzahlung nach dem Bundes- versorgungsgesetz (BVG)	€ monatlich	€ monatlich
Bafög-Leistungen	€ monatlich	€ monatlich
Leistungen des Arbeitsamtes (Ausbildungsgeld u. a.)	€ monatlich	€ monatlich
Leistungen nach dem SGB II	€ monatlich	€ monatlich
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld)	€ monatlich	€ monatlich
Miet- und Pachteinnahmen	€ monatlich	€ monatlich
Kapitalerträge	€ monatlich	€ monatlich
Wohngeld	€ monatlich	€ monatlich
Sonstiges Einkommen (z.B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Unterhaltsleistungen)	€ monatlich	€ monatlich

<b>4. Absetzbare Beträge/Ausgaben (bitte Nachweise beifügen)</b>		
Steuern einschl. Solidaritätszuschlag	€ monatlich	€ monatlich
Kranken-/Pflegeversicherung	€ monatlich	€ monatlich
Arbeitslosenversicherung	€ monatlich	€ monatlich
Rentenversicherung	€ monatlich	€ monatlich
Altersvorsorgebeträge (z.B. Riesterrete)	€ monatlich	€ monatlich
Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens (z.B. Fahrtkosten)	€ monatlich	€ monatlich
Versicherungsbeiträge (z.B. Haftpflicht-, Unfall-, Hausratversicherung)	€ monatlich	€ monatlich

5. Vermögenswerte (bitte Nachweise beifügen)		
Bargeld	€	€
Giro-, Spar-, Bankguthaben (Institut, Kontonummer, Depotnummer)	€	€
Haus- und Grundbesitz (Verkehrswert)	€	€
Vertraglich gesicherte Ansprüche (z.B. Wohnrecht, freie Kost etc.)	€	€
Kraftfahrzeug	Baujahr Anschaffungswert Zeitwert Kennzeichen gefahrrene km	€ €
Rückkaufwert von Versicherungen (z.B. Lebensversicherung, Sterbegeldversicherung)	€	€
Sonstige Vermögenswerte (z.B. Bausparverträge, Wertpapiere, Sammlungen, Ansprüche auf Rückzahlung Darlehen)	€	€
<p>Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z.B. Haus-, Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere) veräußert, übergeben, verschenkt) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, bitte Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben</p>		

6. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft (bitte Nachweise beifügen)		
<b>Wohnung und monatliche Miet- und Nebenkosten</b>		
	Eigennutzung	Untervermietung
Wohnfläche	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>
Zahl der Personen in der Wohnung		
Gesamtkosten der Unterkunft		€ monatlich
davon		
Kaltmiete		€ monatlich
Nebenkosten		€ monatlich
Heizkosten		€ monatlich

Eigentumswohnung bzw. Eigenheim		
Wohnfläche	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>
Heizkosten		€ monatlich

Nebenkosten	€ monatlich
Sonstige Kosten (z.B. Versicherungen)	€ monatlich
Kredithöhe	€
monatliche Belastung (Zins und Tilgung getrennt)	€ monatlich
Sonstige Angaben	€ monatlich

7. Kinder und sonstige Angehörige im Haushalt der/des Leistungsberechtigten				
Familien-, Geburtsname, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis z. Leistungsberechtigten	Familienstand	Beruf

8. Kinder außerhalb des Haushaltes				
Familien-, Geburtsname, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis z. Leistungsberechtigten	Familienstand	Beruf

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

10. 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)

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

**Erklärung der/des Leistungsberechtigten und seine/r 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 Hilfestellung 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 Leistungsberechtigter bzw. gesetzliche/r Vertreter

## **Die nachfolgende Einwilligungserklärung ist unbedingt zu unterschreiben!**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landratsamt Tuttlingen –Sozialamt- die für das Verwaltungsverfahren erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag bzw. im weiteren Verfahren von mit 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 der 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 angefertigte 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:

### Hinweis 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 § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch –Zehntes Buch- (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Ihre Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch –Erstes Buch- (SGB I).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungsberechtigten /  
des/der gesetzlichen Vertreter/s

