

Absender/in

ausgegeben am

Kreis Ostholstein  
Fachdienst Soziale Hilfen  
Lübecker Str. 41  
23701 Eutin

**Antrag auf Gewährung von  
Landesblindengeld nach dem  
Landesblindengeldgesetz  
(LBIGG)**

### 1. Antragsteller/in (Blinde/r)

Name		Vorname	
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit/en	Familienstand	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort			
Telefon (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)	

### 2. Bankverbindung

Kontoinhaber/in: Name		Vorname	
Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut	
IBAN		BIC	

### 3. Vertreter (ggf. Vormund/Pfleger) des/der minderjährigen Blinden, Betreuer oder sonstiger Bevollmächtigter (bitte ggf. Kopie der Bestallungsurkunde oder Vollmacht vorlegen)

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort			
Telefon (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)	

### 4. Ursache der Erblindung

- Unfall (Arbeits-, Verkehrs- oder sonstiger Unfall)
- Kriegs-, Wehrdienst - oder Impfschädigung
- hohes Alter, Krankheit
- besteht seit Geburt

### 5. Unterbringung des/der Berechtigten

Wohnen Sie in einer Anstalt, einem Heim oder einer vergleichbaren Einrichtung?

nein  ja

Wenn ja, Name und Anschrift der Einrichtung	
Heimaufnahme a	Anschrift vor Heimaufnahme

Die Kosten des Aufenthaltes werden getragen von

- einem öffentlichen Kostenträger (z.B. Sozialamt, Kriegsopferfürsorgestelle, Pflegeversicherung, Beihilfestelle - bitte Kopie des Bescheides beifügen)
- mir selbst

### 6. Zweckbestimmte Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften

Erhalten Sie Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften, die zum Ausgleich der durch Blindheit bedingten Mehraufwendungen bestimmt sind?

nein  ja (bitte Kopie des Bescheides beifügen!)

Wenn ja, welche Leistungen erhalten Sie?

- 6.1 Pflegezulage für Kriegsblinde nach § 35 Bundesversorgungsgesetz (BVG)
- 6.2 Pflegegeld nach § 269 Lastenausgleichsgesetz (LAG)
- 6.3 Leistungen für Unfallblinde nach dem Sozialgesetzbuch VII (SGB VII)
- 6.4 Leistungen der Haftpflichtversicherung
- 6.5 sonstige Ansprüche nach anderen Rechtsvorschriften  
(z.B. nach § 823 Bürgerliches Gesetzbuch)

Betrag

Ich verfolge gegenwärtig einen Anspruch nach 6.1 - 6.5 gegen

--

### 7. Pflegeversicherungsleistungen

Ich erhalte Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) oder einer privaten Pflegeversicherung

nein  ja (bitte Kopie des Bescheides beifügen!)

Betrag
Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) Grad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) Grad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Pflegeleistungen für vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) Grad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

**8. Leistungen nach dem BVG** einschließlich der Gesetze, die das BVG für anwendbar erklären (Soldatenversorgungsgesetz, Infektionsschutzgesetz, Häftlingshilfegesetz, Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten)

GZ:	Landesamtes für soziale Dienste Schleswig-Holstein	Betrag
	Außenstelle:	

Anzugeben sind auch ruhende oder erloschene Ansprüche sowie solche, die wegen der Anrechnung von Einkommen oder Leistungen nach § 44 (5) BVG nicht realisiert werden können.

**9. Haben Sie bisher schon Landesblindengeld und/oder Blindenhilfe von einer anderen Stelle erhalten?**

nein     ja

Wenn ja, Anschrift der Blindengeldstelle	
Aktenzeichen	Einstellung des Blindengeldes zum: (bitte Bescheid in Kopie beifügen)

**Vorstehende Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit.**

Mir ist bekannt, dass ich wegen falscher oder unvollständiger Angaben zu Unrecht erlangte Hilfe erstatten muss.

Mir ist ferner bekannt, dass ich gem. § 9 Abs. 1 des Landesblindengeldgesetzes verpflichtet bin, alle Änderungen von Tatsachen, die für die Gewährung des Blindengeldes oder für seine Höhe maßgebend sind, unverzüglich und unaufgefordert anzuzeigen.

Hierzu gehören unter anderem

- die Verbesserung des Sehvermögens (z.B. durch Operation oder sonstige Behandlung)
- jede Aufnahme in ein Heim, eine Anstalt oder gleichartige Einrichtung (z.B. Altenheim, Blindenheim, Sanatorium, Krankenhaus) sowie die Entlassung,
- Beantragung oder Gewährung von Leistungen, die nach anderen Rechtsvorschriften zum Ausgleich der blindheitsbedingten Mehraufwendungen gezahlt werden, da diese auf das Blindengeld anzurechnen sind (z.B. die Leistungen der Pflegekasse bei häuslicher Pflege)

Bitte fügen Sie dem Antrag eine Kopie des Feststellungsbescheides nach § 69 des Sozialgesetzbuches IX (SGB IX) bei, wenn das Merkzeichen "BI" für Blind anerkannt wurde.

Sollte das Merkzeichen "BI" noch nicht anerkannt sein, stellen Sie bitte umgehend einen Antrag beim Landesamt für soziale Dienste, Außenstelle Lübeck, Große Burgstraße 4 in 23552 Lübeck und reichen den Bescheid nach.

Ort, Datum

Unterschrift des/r Antragstellers/in  
bzw. Bevollmächtigten / gesetzl. Vertreters

## Vollmacht

Ich möchte mich in den Angelegenheiten des Landesblindengeldes vertreten lassen durch

Name	Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/r Antragstellers/in

# Informationen zum Datenschutz



**Datenschutzhinweise nach Art. 13 und 14 der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) für die Erhebung, Speicherung und Weitergabe von personenbezogenen Daten in Zusammenhang mit Auskünften des Leistungsanbieters nach dem Landesblindengeldgesetz - LBIGG - Schleswig-Holstein**

## 1. Name und Kontaktdaten der Verantwortlichen

Kreis Ostholstein  
Der Landrat  
Fachdienst Soziale Hilfen  
-Fachgebiet Hilfen für Seniorinnen und Senioren-  
Lübecker Str. 41  
23701 Eutin  
Telefon: 04521/788-427  
Telefax: 04521/788-96427  
E-Mail: [s.schroeder@kreis-oh.de](mailto:s.schroeder@kreis-oh.de)

## 2. Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten des Kreises Ostholstein

Kreis Ostholstein  
Behördlicher Datenschutzbeauftragter  
Herr Junkuhn  
Lübecker Str. 41  
23701 Eutin  
Telefon: 04521/788-294  
Telefax: 04521/788-96294  
E-Mail: [bdsb@kreis-oh.de](mailto:bdsb@kreis-oh.de)

## 3. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Ihre Daten werden erhoben, um Förderleistungen des Antragstellenden für Leistungen nach dem LBIGG anzubieten und um die Ihnen zustehenden Beträge zu erstatten.

Rechtsgrundlagen:  
Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c/d DSGVO,  
§ 177 und § 191 Landesverwaltungsgesetz – LVwG-SH und  
§§ 3-11 Landesdatenschutzgesetz

## 4. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Im Rahmen der Aufgabenerfüllung werden Daten, nur soweit im Einzelfall zur Aufgabenerfüllung erforderlich, weitergegeben an:

- das Ministerium für Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein
- den Fachdiensten Soziale Grundsicherung, Rechtsangelegenheiten und Unterhalt, sowie Finanzen des Kreises Ostholstein,
- andere beteiligte Träger der Sozialhilfe.

## 5. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden nach der Erhebung beim Kreis Ostholstein so lange gespeichert, wie dies für die Erfüllung der Aufgaben erforderlich ist. Die Aufgaben sind erfüllt, wenn Sie keine Dienstleistungen für die Leistungen nach dem LBIGG mehr anbieten.  
Die Aufbewahrungsfrist beträgt mit Ablauf des Jahres, in dem Sie sich als Dienstleister nicht mehr zur Verfügung stellen, zehn Jahre.

## 6. Betroffenenrechte

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).
- Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).
- 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).
- Beruht die Verarbeitung personenbezogener Daten auf Ihrer Einwilligung, die Sie mittels Antrag erteilt haben, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies hat zur Folge, dass die beantragten Leistungen nicht bewilligt bzw. eingestellt werden.

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Weiterhin haben Sie das Recht, sich unmittelbar an die/den Landesbeauftragte(n) für Datenschutz des Landes Schleswig-Holstein zu wenden (Kontakt: Unabhängiges Zentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein, Postfach 7116, 24171 Kiel, E-Mail: [mail@datenschutzzentrum.de](mailto:mail@datenschutzzentrum.de), Telefon: 0431/988-1200, Telefax: 0431/988-1223).