

Antrag auf Bewilligung von



Blindengeld nach dem Hessischen Landesblindengeldgesetz (LBliGG)

Blindenhilfe nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Landeswohlfahrtsverband Hessen
 Dezernat Leistungen SGB und KOF
 Fachbereich 204
 Hauptfürsorgestelle
 Kölnische Straße 30
 34117 Kassel

Antragseingang

Bestandteile des Antrags sind

- dieses Antragsformular,
- beigefügte Kontoerklärung für die Auszahlung von Leistungen,
- eine formgebundene aktuelle augenfachärztliche Bescheinigung
- Kopien von Personalausweis oder Pass, ggf. Aufenthaltstitel

1. Angaben zur sehbehinderten Person

1.1	Name	Geburtsdatum
1.2	Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
1.3	Ggf. Geburtsname	Tel.-Nr.
1.4	Familienstand (ledig / verheiratet / getr. lebend / geschieden / verwitwet)	seit
1.5	Straße, Hausnummer	
1.6	PLZ	Wohnort - ggf. letzter Wohnort vor der Aufnahme in der Einrichtung
1.7	Staatsangehörigkeit (Bitte Kopien des Personalausweises und bei ausländischer Staatsbürgerschaft auch eine Kopie des gültigen Aufenthaltstitels beifügen!)	

2. Bescheidempfänger/in

(Erziehungsberechtigte/r, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r - bitte Betreuerausweis oder Vollmacht in Kopie beifügen)

2.1	Name, Vorname Bescheidempfänger/in	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
2.2	Bei Minderjährigen: Verhältnis zur sehbehinderten Person (Vater, Mutter, Sonstige)	
2.3	Straße, Hausnummer	
2.4	PLZ	Wohnort
		Tel.-Nr. (tagsüber)

3. Weitere persönliche Angaben

3.1	<p>Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt oder beantragt?</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> vom Amt für Versorgung und Soziales _____ AZ _____ (Bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen!)</p> <p>beantragt <input type="checkbox"/> am _____ vom Amt für Versorgung und Soziales _____</p>
3.2	<p>Erfolgt zur Zeit eine Betreuung in einer Einrichtung?</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> vollstationär in einem Pflege- bzw. Seniorenwohnheim</p> <p>JA <input type="checkbox"/> internatsmäßig in einer Blinden-/Sehbehindertenschule</p> <p>JA <input type="checkbox"/> internatsmäßig im Rahmen einer Berufs-/Umschulungsmaßnahme</p> <p>geplant <input type="checkbox"/> ab _____</p> <p>Name, Anschrift der Einrichtung _____</p> <p>Name, Anschrift der Kostenträgers _____</p>
3.3	<p>Aufenthalt der letzten zwei Monate vor der Aufnahme in die Einrichtung</p> <p>_____</p> <p>von _____ bis _____ Straße, PLZ, Wohnort</p>
3.4	<p>Wurde bereits Blindengeld/Blindenhilfe in einem anderen Bundesland bezogen?</p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> von _____ bis _____ (Kopie des Einstellungsbescheides bitte beifügen!)</p>
3.5	<p>Die Sehbehinderung ist ganz oder teilweise Folge (Bitte mindestens eine Folge ankreuzen!)</p> <p><input type="checkbox"/> eines Unfalls</p> <p><input type="checkbox"/> einer Kriegsverletzung bzw. anderen Schädigungsursache nach Ziffer 5.4</p> <p><input type="checkbox"/> einer Berufserkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> einer sonstigen Erkrankung (z.B. angeboren oder altersbedingt)</p>

4. Kontaktperson für evtl. Rückfragen (freiwillige Angabe)

4.1	Name, Vorname		
4.2	Straße, Hausnummer		
4.3	PLZ	Wohnort	Tel.-Nr. (tagsüber)

5. Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften

5.1	Leistungen der Pflegekasse NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> (Bitte Kopie des Bewilligungsbescheids der Pflegekasse beifügen!) Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 beantragt <input type="checkbox"/> am _____ bei Pflegekasse _____
5.2	Leistungen eines Unfallversicherungsträgers (Kosten für fremde Führung, Kleider- und Wäשמehrverschleiß u. ä.) NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> (Bitte Bescheidkopie beifügen!) beantragt <input type="checkbox"/> am _____ bei _____
5.3	Wird Hilfe zur Pflege vom Sozialamt nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) -Sozialhilfe- bezogen oder wurde diese beantragt? NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> vom Sozialamt _____ in Höhe von _____ € beantragt <input type="checkbox"/> am _____ bei _____
5.4	Bezug von Leistungen vom Amt für Versorgung und Soziales (Bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen!) 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. a) Werden eine oder mehrere der nachfolgend aufgeführten Leistungen bezogen? NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> nach den Bundesversorgungsgesetz - BVG (Kriegsbeschädigten- oder Kriegshinterbliebenenrente ggf. mit Pflegezulage), JA <input type="checkbox"/> nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), JA <input type="checkbox"/> nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), JA <input type="checkbox"/> nach dem Soldatenversorgungs-, Wehr- und Zivildienstgesetz, JA <input type="checkbox"/> nach dem Häftlingshilfegesetz, Strafrechtlichen bzw. Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz Name und Aktenzeichen des zuständigen Amtes für Versorgung und Soziales für den o.g. Leistungsbezug _____ b) Hat eine in häuslicher Gemeinschaft lebende angehörige Person (Eltern, Ehegatte oder Sonstige) Ansprüche als Beschädigter nach den vorgenannten Gesetzen? NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Name und Verwandtschaftsverhältnis zur leistungsbeziehenden Person _____
5.5	Sonstige Leistungen aufgrund der Sehbehinderung (ausländische Blindenrenten/Blindenbezüge o.ä.) NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> (Bitte Kopie des letzten Bewilligungsbescheides beifügen!)

Name, Vorname der sehbehinderten Person	Geschäftszeichen (wird vom LWV Hessen ausgefüllt)
---	--

6. Erklärung der sehbehinderten Person (oder Erziehungsberechtigte/r, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r)

Ich versichere, dass die Angaben im Antrag vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind - insbesondere Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel - unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Behörde mitzuteilen.

Mir ist bekannt, dass die „Augenfachärztliche Bescheinigung“ Bestandteil dieses Antrages ist. Die „Augenfachärztliche Bescheinigung“ ist diesem Antrag beigefügt bzw. wird umgehend nachgereicht.

Im Rahmen meiner mir nach allgemeinem Verwaltungsverfahrenrecht (§§ 60 ff SGB I) obliegenden Mitwirkung bei der Sachverhaltsermittlung erkläre ich mich bereit, Befunde von Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Anforderung der Blindengeld bewilligenden Behörde vorzulegen, sofern diese Befunde für die Entscheidung über die Blindengeldbewilligung wichtig sind.

Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.

7. Einverständniserklärung zum Datenaustausch:

Falls die erhobenen ärztlichen Befunde die Blindengeld bewilligende Behörde nicht zu überzeugen vermögen, dass die medizinischen Voraussetzungen für die Bewilligung von Landesblindengeld/Blinderhilfe erfüllt sind, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorgenannten ärztlichen Unterlagen dem beratenden Facharzt des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen oder einer Augenklinik zur weiteren Begutachtung vorgelegt werden. Diese Erklärung kann gestrichen werden, dies hat jedoch zur Folge, dass der Antrag abgelehnt werden müsste, da er nicht abschließend bearbeitet werden kann.

8. Datenaustausch mit dem Amt für Versorgung und Soziales (Versorgungsamt):

Ich bin damit einverstanden, dass der LWV Hessen von mir eingereichte medizinische Unterlagen an das zuständige Amt für Versorgung und Soziales weitergeben kann, weil die eingetretene Veränderung meines Sehvermögens auch Auswirkung auf die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaften haben kann.

9. Datenaustausch auf elektronischem Wege

Der Datenaustausch kann auf elektronischem Wege erfolgen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Unterlagen mit verschlüsselter E-Mail übermittelt werden. Sollte eine Vorlage an einen beratenden Facharzt oder eine Augenklinik erfolgen, werde ich entsprechend unterrichtet.

10. Benachrichtigung über gespeicherte Daten (§ 18 Abs. 1 Hess. Datenschutzgesetz (HDSG))

Für die Bewilligung von Landesblindengeld/Blinderhilfe nach dem Hessischen Landesblindengeldgesetz (HLBliGG) /Bundesversorgungsgesetz (BVG) werden die Personalien der sehbehinderten Person, bei Minderjährigen zusätzlich die Personalien der Eltern, bei Betreuungsverhältnissen die Personalien des Betreuers, die Bankverbindung, Beginn und Ende der Leistung sowie Höhe und Zahlungszeitpunkt der Leistung für die automatisierte Datenverarbeitung auf der Rechtsgrundlage von § 11 Abs. 1 Hess. Datenschutzgesetz gespeichert.

11. Verweigerung der Einwilligung der Punkte 7 + 8 + 9

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die Einwilligung zu den Punkten 7 + 8 + 9 verweigern (in diesem Fall bitte den/die entsprechenden Punkt/e streichen) und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ein Durchstreichen des Punktes 7 wird zur Ablehnung des Antrages führen. Ein Durchstreichen der Punkte 8 und 9 könnte das Antragsverfahren verlängern.

Ort, Datum

Unterschrift der sehbehinderten Person - auch handgeführt -
oder Erziehungsberechtigte/r, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r

Name, Vorname der sehbehinderten Person	Geschäftszeichen (wird vom LWV Hessen ausgefüllt)
---	--

Kontoerklärung für die Zahlung von Blindengeld und Blindenhilfe

Die Leistung soll auf nachfolgende Kontoverbindung überwiesen werden:

1.	<input type="checkbox"/> Eigenes Konto der sehbehinderten Person
	IBAN: <input style="width: 90%;" type="text"/>
	Geldinstitut: <input style="width: 90%;" type="text"/>
	<hr/> Datum <input style="width: 20%;" type="text"/> Unterschrift sehbehinderte Person, gesetzliche/r Vertreter/in, Bevollmächtigte/r <input style="width: 75%;" type="text"/>

2.	<input type="checkbox"/> Fremdkonto (z.B. eines Familienangehörigen oder einer Pflegeeinrichtung - bitte Rückseite beachten)
	Name, Vorname Kontoinhaber/Kontoinhaberin <input style="width: 90%;" type="text"/>
	Anschrift <input style="width: 90%;" type="text"/>
	IBAN: <input style="width: 90%;" type="text"/>
	Geldinstitut: <input style="width: 90%;" type="text"/>
	<hr/> Datum <input style="width: 20%;" type="text"/> Unterschrift sehbehinderte Person, gesetzliche/r Vertreter/in, Bevollmächtigte/r <input style="width: 75%;" type="text"/>

3.	Erklärung des Fremdkontoinhabers/der Fremdkontoinhaberin
	Mir/uns ist bekannt, dass Beträge, die nach dem Wegfall der gesetzlichen Voraussetzungen für die o. g. Leistungen zu Unrecht noch ausgezahlt werden (z. B. wegen Tod, Wegzug aus Hessen o. ä.), zurückgezahlt werden müssen. Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns, derartige Umstände dem LWV Hessen umgehend mitzuteilen.
	<hr/> Datum <input style="width: 20%;" type="text"/> Unterschrift Kontoinhaber/in <input style="width: 40%;" type="text"/> ggf. Stempel der Pflegeeinrichtung <input style="width: 35%;" type="text"/>

4. Bestätigung zur Vorlage beim LWV Hessen bei Fremdkontonutzung

Sollen die Leistungen auf ein Fremdkonto überwiesen werden, so sind die unter Ziffer 2.) und 3.) der umseitigen Kontoerklärung geleisteten Unterschriften zu bestätigen. Die Bestätigung kann von jeder stempelführenden Stelle vorgenommen werden (z. B. Geldinstitut, Postamt, Polizeirevier, Stadtverwaltung usw.).

Eine Bestätigung ist nicht notwendig,

- wenn es sich bei Minderjährigen um das Konto der Erziehungsberechtigten handelt.
- wenn gleichzeitig ein Betreuerausweis mit dem Aufgabenkreis der Vermögenssorge oder eine Vollmacht vorgelegt wird, die Vermögensdispositionen durch den Bevollmächtigten erlaubt.
- wenn es sich um das Konto einer Pflegeeinrichtung handelt.

Es wird hiermit bestätigt, dass die umseitigen Unterschriften zu den Ziffern 2.) und 3.) eigenhändig vollzogen wurden.

Der/Die Unterzeichnende zu Ziffer 2.)

ist mir persönlich bekannt.

hat sich ausgewiesen durch: _____

Der Kontoinhaber/die Kontoinhaberin zu Ziffer 3.)

ist mir persönlich bekannt.

hat sich ausgewiesen durch: _____

Ort, Datum

Unterschrift des/der Bestätigenden

Stempel

Merkblatt zum Antrag auf Blindengeld bzw. Blindenhilfe

Antragstellung und Zuständigkeit

Der Blindengeld- bzw. Blindenhilfeantrag besteht aus dem formgebundenen Antrag und einer ebenfalls nach dem Gesetz vorgeschriebenen formgebundenen augenfachärztlichen Bescheinigung.

Beide Formulare können beim LWV Hessen telefonisch unter der Telefonnummer 0561 1004 - 0 angefordert oder über unsere Internetseite unter www.lwv-hessen.de/Service/Formulare heruntergeladen werden.

Die augenfachärztliche Bescheinigung ist häufig auch beim behandelnden Augenarzt bzw. bei der behandelnden Augenärztin erhältlich und von ihm/ihr entsprechend auszufüllen.

Die Angaben zum vorhandenen Sehvermögen der sehbehinderten Person in der augenfachärztlichen Bescheinigung dürfen dabei nicht älter als 6 Monate sein.

Die Kosten für die Ausstellung der augenfachärztlichen Bescheinigung können vom LWV Hessen nicht übernommen oder erstattet werden.

Medizinische Voraussetzungen

Blinde Menschen, den blinden Menschen Gleichgestellte und hochgradig sehbehinderten Menschen, die Ihren Wohnsitz bzw. ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Hessen haben, können Blindengeld bzw. Blindenhilfe zum Ausgleich der durch die Sehbehinderung bedingten Mehraufwendungen beantragen.

Den blinden Menschen gleichgestellt sind Personen, deren beidäugige Gesamt-Sehschärfe nicht mehr als 1/50 (0,02) beträgt.

Weiterhin sind den blinden Menschen gleichgestellt die Personen, bei denen nicht nur vorübergehende Störungen (z. B. Gesichtsfeldeinschränkungen) des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie der Beeinträchtigung der Sehschärfe von nicht mehr als 1/50 (0,02) gleich zu achten sind.

Hochgradig sehbehinderte Menschen sind Personen, deren beidäugige Gesamt-Sehschärfe nicht mehr als 1/20 (0,05) beträgt. Ebenfalls hochgradig sehbehindert sind Personen, bei denen nicht nur vorübergehende Störungen (z. B. Gesichtsfeldeinschränkungen) des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie der Beeinträchtigung der Sehschärfe von nicht mehr als 1/20 (0,05) gleich zu achten sind.

Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen

Das Blindengeld nach dem Hessischen Landesblindengeldgesetz (LBliGG) wird einkommens- und vermögensunabhängig bewilligt.

Ist im Einzelfall jedoch vorrangig eine Blindenhilfebewilligung nach § 27 d Bundesversorgungsgesetz (BVG) in Verbindung mit § 72 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) - Sozialhilfe - von uns zu prüfen (siehe Ziffer 5.4 des Antrages), so wird der LWV Hessen Sie später noch gesondert zur Vorlage von Einkommens- und Vermögensnachweisen auffordern.

Anhang zum Antrag auf Bewilligung von Blindengeld nach dem Hessischen Landesblindengeldgesetz bzw. Blindenhilfe im Rahmen der Kriegsopferfürsorge

Die konkrete Unterstützung blinder und sehbehinderter Menschen ist dem Landeswohlfahrtsverband Hessen ein besonderes Anliegen. In Zusammenarbeit mit verschiedenen Behindertenverbänden zeigen wir Ihnen im Anschluss Adressen einzelner Interessenvertretungen auf, mit denen Sie anhand der Rückseite dieses Formblattes Kontakt aufnehmen können, um ggf. Beratung und Informationen zu erhalten, die im Rahmen der bestehenden Sehbehinderung von Bedeutung sein können.

Wählen Sie bei Bedarf eine der aufgeführten Anschriften aus und tragen Sie diese zusammen mit Ihrem Namen und Ihrer Anschrift umseitig an entsprechender Stelle ein. Senden Sie das Formular anschließend ab. Die entsprechende Organisation wird dann baldmöglichst Kontakt mit Ihnen aufnehmen.

Die Absendung der Erklärung an einen Behindertenverband ist zur Antragstellung von Blindengeld/-hilfe nicht erforderlich und hat auf die Entscheidung über den Antrag keinen Einfluss.

Behindertenverbände und Interessenvertretungen

Blinden- und Sehbehindertenbund
Hessen e.V. an:
BSBH
Börsenstraße 14
60313 Frankfurt

Tel. 069 150596 - 6
Fax 069 150596 - 77
Internet www.bsbh.org

Sozialverband VdK Hessen-Thüringen
Gärtnerweg 3
60322 Frankfurt

Tel. 069 714002 - 0
Fax 069 714002 - 24
Internet www.vdk.de

Deutscher Verein der Blinden
und Sehbehinderten in
Studium und Beruf e.V. an:
DVBS
Frauenbergstr. 8
35039 Marburg

Tel. 06421 94888 - 0
Fax 06421 94888 - 10
Internet www.dvbs-online.de

Verein zur Förderung der
selbstständigen Lebensführung
Blinder und Sehbehinderter e.V. an:
Fokus e.V.
Ginsterweg 4
35041 Marburg

Tel. 06421 34270
Fax 06421 36488
Internet www.fokus-ev.de

Deutsche Blindenstudienanstalt e.V. (blista)
Bildungs-, Rehabilitations- und Hilfszentrum
Am Schlag 2 - 12
35037 Marburg

Tel. 06421 606 - 0
Fax 06421 606 - 229
Internet www.blista.de

(Bitte eine Anschrift von der Vorderseite auswählen!)

┌

└

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen der Blindengeldbeantragung beim Landeswohlfahrtsverband Hessen wurde ich darüber informiert, dass Ihr Verband Informationen und Beratungen für sehbehinderte und blinde Menschen anbietet. Dieses Angebot möchte ich gerne in Anspruch nehmen und bitte um Kontaktaufnahme.

Name, Vorname:

Straße, PLZ, Wohnort:

Geburtsjahr

Telefonnummer:

E-Mail:

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift

Name, Vorname der sehbehinderten Person	Geschäftszeichen (wird vom LWV Hessen ausgefüllt)
---	--

E-Mail-Kontakt mit der Blindengeldstelle des LWV-Hessen

Für den Bereich des Blindengeldes nach dem Hessischen Landesblindengeldgesetz besteht auf Wunsch auch die Möglichkeit, unseren künftigen Schriftverkehr zusätzlich verschlüsselt barrierefrei per E-Mail an Sie bzw. die im Antrag für die Führung des Schriftverkehrs benannte Person (Ziffer 1. oder Ziffer 2. des Antrages) zu senden.

Möchten Sie diesen Service in Anspruch nehmen, so füllen Sie bitte nachfolgende Felder aus und senden Sie diesen Bogen anschließend wieder unterschrieben an uns zurück.

Nachrichtlich weisen wir darauf hin, dass wir unseren Schriftverkehr aus Gründen der Rechtssicherheit immer auch zusätzlich noch einmal auf dem Postweg an Sie weiterleiten werden.

Die Datenschutzhinweise des LWV Hessen sind zu beachten.
Siehe auch: www.lwv-hessen.de/datenschutzerklaerung/datenschutzhinweise-blindengeld/

Name, Vorname des E-Mail-Empfängers bzw. der E-Mail-Empfängerin
Anschrift
E-Mail-Adresse

Datum, Ort

Unterschrift der sehbehinderten Person - auch handgeführt -
oder Erziehungsberechtigte/r, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r

Datenschutzhinweise

Informationspflichten nach Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit § 82 und 82 a SGB X durch den LWV Hessen

Der LWV Hessen als überörtlicher Sozialleistungsträger verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung seiner gesetzlichen Pflichten. Dazu gehören Daten, welche Sie uns zur Verfügung stellen oder welche wir von Dritten über Sie erhalten.

Mit der nachfolgenden Datenschutzerklärung erläutern wir Ihnen die Datenverarbeitung und informieren Sie über Ihre Rechte als Betroffene.

Kontaktdaten des Verantwortlichen:

Landeswohlfahrtsverband Hessen
Ständeplatz 6 - 10
34117 Kassel
0561 1004 - 0
info@lww-hessen.de

Weitere Informationen können Sie unserer Internetseite entnehmen.

Beim LWV Hessen wird die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und dieser Erklärung durch unsere Datenschutzbeauftragte überwacht. Wenn Sie Fragen hinsichtlich der Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten haben, können Sie sich direkt an sie wenden.

Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten:

Landeswohlfahrtsverband Hessen
Datenschutzbeauftragte
Ständeplatz 6-10
34117 Kassel
Datenschutzbeauftragte@lww-hessen.de

Allgemeine Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten:

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist dem Landeswohlfahrtsverband (LWV) Hessen wichtig und wird von uns sehr ernstgenommen. Deshalb verarbeitet der LWV Hessen Ihre Daten unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzgesetze und -vorschriften der europäischen Union, der Bundesrepublik Deutschland und des Landes Hessen.

Unsere Mitarbeiter sind im Umgang mit personenbezogenen Daten geschult und schriftlich auf die Einhaltung der Datenschutzvorschriften verpflichtet worden.

Zweck/Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten:

Ihre Daten werden im Rahmen der Leistungsbewilligung nach dem Hessischen Landesblindengeldgesetz (Blindengeld) und bei Anträgen nach dem § 72 SGB XII (Blindenhilfe) erhoben und verarbeitet. Rechtsgrundlage hierfür sind die Art. 6 ff. EU-DSGVO in Verbindung mit §§ 67a ff. SGB X.

Dauer, für die Ihre personenbezogenen Daten gespeichert werden:

Akten sind grundsätzlich nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren auszusondern und unter Wahrung des Datenschutzes zu vernichten. Die Aufbewahrungsfrist beginnt, wenn die Kenntnis der personenbezogenen Daten für den LWV Hessen zur rechtmäßigen Erfüllung seiner Aufgaben nicht mehr erforderlich ist.

Diese Regelung gilt auch für elektronisch gespeicherte Daten.

Empfänger oder personenbezogenen Daten:

Es ist möglich, dass Ihre Daten nach § 69 SGB X an Dritte weitergegeben werden, soweit dies für die Leistungsbewilligung erforderlich ist.

Werden für die Leistungsbewilligung weitere Unterlagen (z. B. ärztliche Gutachten oder amtsfachärztliche Stellungnahmen) angefordert oder weitergegeben, erfolgt dies nur aufgrund einer gesonderten Einwilligungserklärung, die Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können.

Ihre Rechte als Betroffene:

Auskunft

Jede betroffene Person hat nach Art. 15 EU-DSGVO in Verbindung mit § 83 SGB X jederzeit unentgeltlich das Recht auf Auskunft über die sie betreffenden personenbezogenen Daten.

Löschung

Jede betroffene Person kann nach Art. 17 EU-DSGVO in Verbindung mit § 84 SGB X die Löschung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen.

Dabei ist zu beachten, dass gesetzliche Aufbewahrungspflichten des LWV Hessen dazu führen können, dass die Daten erst nach Ablauf einer Frist endgültig gelöscht werden können.

Darüber hinaus kann der Antrag auf Datenlöschung dazu führen, dass die Bearbeitung des Antrags auf Leistungsbewilligung nicht (weiter) erfolgen kann.

Berichtigung

Jede betroffene Person kann nach Art. 16 EU-DSGVO in Verbindung mit § 84 SGB X die Berichtigung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen.

Einschränkung der Verarbeitung

Jede betroffene Person kann unter den Voraussetzungen nach Art. 18 EU-DSGVO in Verbindung mit § 84 SGB X die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen.

Widerspruch

Jede betroffene Person kann nach Art. 21 EU-DSGVO in Verbindung mit § 84 SGB X gegen die Verarbeitung sie betreffender personenbezogener Daten Widerspruch einlegen.

Beschwerde

Jede betroffene Person hat nach Art. 77 EU-DSGVO in Verbindung mit § 81 SGB X ein Beschwerderecht bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde.
Hierzu wenden Sie sich bitte an:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Postfach 3163
65021 Wiesbaden