

## Antrag auf Bewilligung von Leistungen nach dem Gesetz über das Landes- blindengeld für Zivilblinde (BlindGeldG ND)

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Landkreis/Stadt<br><br>.....<br><br><b>Abteilung - Amt für Sozialhilfe/Blindengeldstelle-</b><br><br>..... | Eingangsstempel/ Eingangsvermerk |
| Straße/Postfach/Hausnummer/Postfachnummer  | PLZ                              |
|  | Ort                              |

**1. Angaben zur Person:**

|  |  |                                   |  |
|--|--|-----------------------------------|--|
| 1.1 Name   |  |                                   |  |
| 1.2 Geburtsname  |  |                                   |  |
| 1.3 Vorname  |  |                                   |  |
| 1.4 Geburtsdatum                                       |  |                                   |  |
| 1.5 Geschlecht   | <input type="checkbox"/> weiblich  | <input type="checkbox"/> männlich |  |
| 1.6 Straße, Haus-Nr.                                   |  |                                   |  |
| 1.7 PLZ, Wohnort                                       |  |                                   |  |
| 1.8 Telefon *  |  |                                   |  |
| 1.8a E-Mail *  |  |                                   |  |
| 1.9 Staatsangehörigkeit                                | .....  |                                   |  |
| 1.10 Gesetzliche/r Vertreter/in oder Bevollmächtigte/r | <b>X Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers angeben und ggf. Fotokopie des Betreuungsnachweises vorlegen. Für Bevollmächtigte ist eine Vollmacht vorzulegen.</b> |                                   |  |
| Name   |  |                                   |  |
| Vorname  |  |                                   |  |
| Straße   |  |                                   |  |
| Hausnummer   |  |                                   |  |
| PLZ, Wohnort   |  |                                   |  |
| Telefon *  |  |                                   |  |
| E-Mail *   |  |                                   |  |

\* freiwillige Angabe für Rückfragen

**2. Bankverbindung der Kontoinhaberin/ des Kontoinhabers:**

|                  |  |
|------------------|--|
| 2.1 Name         |  |
| 2.2 Vorname      |  |
| 2.3 Geldinstitut |  |
| 2.4 Bankleitzahl |  |
| 2.5 Kontonummer  |  |
| 2.6 IBAN         |  |
| 2.7 BIC          |  |

**3. Ich befinde mich in einer stationären Einrichtung****(z.B. Alten- und Pflegeheim, Blindenheim, Krankenhaus, Schülerinternat usw.):**
 Ja       Nein

|  |                   |     |            |
|--|-------------------|-----|------------|
| 3.1 Name und   | _____             |     |            |
| Anschrift der Einrichtung  | _____             |     |            |
|  | Straße / Postfach | PLZ | Ort        |
| 3.2 Letzter gewöhnlicher Aufenthalt vor Aufnahme in die Einrichtung: | _____             |     |            |
|  | Straße/Postfach   | PLZ | Ort        |
|  |                   |     | Bundesland |

**4. Meine Erblindung ist verursacht durch:**

|                          |                   |                          |                                      |                          |        |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Krankheit         | <input type="checkbox"/> | einen Dritten (z.B. Gewalttat)       | <input type="checkbox"/> | Unfall |
| <input type="checkbox"/> | blind seit Geburt | <input type="checkbox"/> | Kriegs-, Wehrdienst oder Impfschaden |                          |        |

**5. Ich bin im Besitz eines Feststellungsbescheides des Nds. Landesamtes für  
 Soziales, Jugend und Familie/Landessozialamt (früher Versorgungsamt)  
 nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (Schwerbehindertenrecht) oder  
 im Besitz eines Schwerbehindertenausweises:**
 Ja       Nein

|  |
|--|
| 5.1 Wurde das Merkzeichen „Bl“ (Blind) zuerkannt?  |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Wenn „Nein“, bitte zur Textziffer 5.2, sonst zur Textziffer 6 weitergehen.  |
| 5.2 Haben Sie beim Nds. Landesamt einen Antrag auf Feststellung nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (Schwerbehindertenrecht) und/ oder auf Zuerkennung des Merkzeichens „Bl“ gestellt, über den bislang noch nicht entschieden wurde? |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  |
| 5.3 Bei welchem Standort des Nds. Landesamtes haben Sie Ihren Antrag gestellt? :   |
| Standort des Nds. Landesamtes: _____   |
| Antragsdatum: _____ Aktenzeichen: _____  |

**6. Haben Sie bereits früher einmal Landesblindengeld bezogen?**
 Ja                       Nein

|   |                 |     |     |
|---|-----------------|-----|-----|
| 6.1 Wenn ja, von welchem Leistungsträger? |                 |     |     |
|   |                 |     |     |
| Name                                      | Straße/Postfach | PLZ | Ort |
| Aktenzeichen: _____                       |                 |     |     |

**7. Freiheitsentzug:**

Verbüßen Sie eine Freiheitsstrafe, befinden Sie sich in Sicherheitsverwahrung oder liegt eine Unterbringung aufgrund eines strafgerichtlichen Urteils in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder einer sozialtherapeutischen Anstalt vor?

 Ja                       Nein
**8. Als Anlagen füge ich diesem Antrag bei:**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Feststellungsbescheid des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie nach dem Sozialgesetzbuch -Neuntes Buch-/ Schwerbehindertenrecht |
| <input type="checkbox"/> | Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen „Bl“   |
| <input type="checkbox"/> | Bescheinigung der Meldebehörde zum berechtigten Aufenthalt (s. TZ. 1.9)   |
| <input type="checkbox"/> | Vollmacht   |
| <input type="checkbox"/> | Betreuungsnachweis  |
| <input type="checkbox"/> | Erklärung zu Leistungen Dritter, die auf das Landesblindengeld anrechenbar sind   |
| <input type="checkbox"/> | _____   |

**9. Erklärung:****9.1 Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz**

Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist die das Landesblindengeld gewährende Behörde auf Ihre Mitwirkung angewiesen.

Für das Verwaltungsverfahren gilt nach § 9 des Gesetzes über das Landesblindengeld für Zivilblinde (BlindGeldG ND) das Sozialgesetzbuch (Erstes und Zehntes Buch) entsprechend, soweit das Landesblindengeldgesetz nichts anderes regelt.

Die **Mitwirkungspflicht** der oder des Leistungsberechtigten ist in den §§ 60 bis 67 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I) gesetzlich geregelt.

Wer Sozialleistungen beantragt, hat u. a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem hat er auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z.B. gesetzliche und private Pflegeversicherung, Landesamt für Soziales, Jugend und Familie usw.) zuzustimmen. Ist die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, weil Sie nicht mitwirken, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u.a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.

Die Rechtsgrundlagen der **Datenerhebung** finden sich im Landesblindengeldgesetz i.V.m. 67a Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X).

Nach § 1 Absatz 7 Landesblindengeldgesetz ist die Blindheit oder die Sehstörung nach Absatz 6 durch einen Feststellungsbescheid nach § 69 Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) nachzuweisen.

Nach § 8 des BlindGeldG ND ist der Empfänger von Blindengeld verpflichtet, Änderungen der Tatsachen, die für die Gewährung des Landesblindengeldes maßgebend sind, unverzüglich anzuzeigen.

9.2 Ich bin damit einverstanden, dass das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie / Landessozialamt bzw. seine Außenstellen die Erst- bzw. Folgeentscheidungen zum Merkzeichen „Bl“ gegenüber der für das Landesblindengeld zuständigen Behörde auf deren Anforderung hin übermittelt.

 Ja                       Nein

Hinweis für den Fall, dass „nein“ angekreuzt wurde:

|   |
|---|
| <p>Mir ist bekannt, dass Leistungen erst nach Vorlage des Feststellungsbescheides mit der Zuerkennung des Merkzeichens „Bl“ sowie des Schwerbehindertenausweises erfolgen können und bei befristeter Zuerkennung vom Antragssteller die Folgeentscheidungen vorzulegen sind. Andernfalls kann kein Landesblindengeld gewährt werden bzw. ist die Zahlung mit Ablauf der befristeten Zuerkennung einzustellen.</p>   |
| <p>9.3 Ich bin damit einverstanden, dass die in der Anlage 1 von mir genannten gesetzlichen und privaten Leistungsträger gegenüber der das Landesblindengeld gewährenden Behörde und dem Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie direkt Auskunft über den Stand der Antragsbearbeitung sowie den Beginn der Leistung und die Leistungshöhe geben.<br/> <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nein<br/>                 Hinweis für den Fall, dass ‚nein‘ angekreuzt wurde:<br/>                 Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, auf Anforderung der das Landesblindengeld gewährenden Behörde eine schriftliche Auskunft der in der Anlage 1 genannten Leistungsträger über den Stand der Antragsbearbeitung sowie den Beginn der Leistung und die Leistungshöhe vorzulegen. Mir ist bekannt, dass die Zahlung des Landesblindengeldes bei Nichtvorlage innerhalb von drei Monaten eingestellt wird.</p>     |
| <p>9.4 Ich bestätige ausdrücklich, dass ich davon unterrichtet bin, <b>jede</b> Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung des Landesblindengeldes maßgebend sind, (z.B.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- den Wegfall des Merkzeichens „Bl“ oder die Erklärung der Rechtswidrigkeit der Zuerkennung durch das Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie bei fehlender Rücknahmemöglichkeit,</li> <li>- die Besserung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen (z.B. Wegfall der Blindheit durch Operation),</li> <li>- den Wechsel des Aufenthaltsortes (auch vorübergehender Art wegen Schul- oder Berufsausbildung, Krankenhausaufenthalt, Umzug in eine stationäre Einrichtung),</li> <li>- jede Änderung hinsichtlich der in der Anlage 1 genannten Leistungen (Zugang, Erhöhung, Minderung, Wegfall),</li> </ul> <p>unverzüglich der das Landesblindengeld gewährenden Behörde mitteilen zu müssen (§ 60 Sozialgesetzbuch -Erstes Buch -SGB I-).</p> |
| <p>9.5 Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.</p>  |
| <p>9.6 Ich bestätige, das <b>Hinweisblatt zur Anzeigeverpflichtung</b> (Anlage) erhalten, inhaltlich zur Kenntnis genommen und zu meinen Unterlagen genommen zu haben.</p>  |
| <p>9.7 Das <b>Hinweisblatt über die Informations- und Transparenzpflichten</b> nach Artikel 13 ff Datenschutz- Grundverordnung (Anlage) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.</p>  |

|  |   |                       |
|--|---|-----------------------|
| .....<br>Ort   | .....<br>Datum                                      | .....<br>Unterschrift |
| Zur Unterschrift kreuzen Sie bitte das Zutreffende an. |   |                       |
| <input type="checkbox"/> Antragsteller/in              | <input type="checkbox"/> Gesetzliche/r Vertreter/in |                       |
| <input type="checkbox"/> Betreuer/in                   | <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r          |                       |

## Anlage 1 zum Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld (BlindGeldG ND)

### Erklärung zu Leistungen Dritter, die auf das Landesblindengeld für Zivilblinde anrechenbar sind.

|      |         |              |
|------|---------|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|------|---------|--------------|

|  |     |     |              |
|--|-----|-----|--------------|
| Zuständige gesetzliche oder private Pflegekasse: |     |     |              |
| Straße   | PLZ | Ort | Aktenzeichen |

#### 1. Angaben zu Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch –Elftes Buch- (SGB XI), Soziale Pflegeversicherung/nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)/nach den Beihilfevorschriften (BhV)

1.1. Ich erhalte

- keine Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung, nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach den Beihilfevorschriften.

1.2. Ich erhalte

- Leistungen
- aus der gesetzlichen Pflegeversicherung
  - aus der privaten Pflegeversicherung
  - nach § 26 c Bundesversorgungsgesetz
  - nach Beihilfevorschriften
  -

seit dem \_\_\_\_\_ nach Pflege-  grad 1    Pflege-  grad 2    Pflege-  grad 3-5

Bitte ggf. den Bewilligungsbescheid beifügen!

1.2.1. Am \_\_\_\_\_ habe ich folgende der unter 1.2 aufgeführten Leistungen beantragt:  
(In jedem Fall auszufüllen!)

Leistungsträger: (Name, Bezeichnung Leistungsträger):

Straße, Postleitzahl, Ort:

Aktenzeichen:

- Es liegt mir noch kein Bescheid vor. Der Bescheid wird nachgereicht.  
 Der Antrag wurde abgelehnt. Der Bescheid ist beigefügt.

1.3.  Ein erneuter Antrag auf eine der o. a. Leistungen habe ich bisher noch nicht gestellt. Eine zukünftige Antragstellung werde ich unverzüglich anzeigen

|  |   |
|--|---|
| <b>2. Ich erhalte laufend nachstehend aufgeführte Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften:</b><br>(Auch wenn Ansprüche ruhen oder aus anderen Gründen, z.B. wegen zu hohen Einkommens nicht verwirklicht werden können, bedarf es einer Mitteilung)   |   |
| 2.1. Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder den Gesetzen, die das BVG für anwendbar erklären (z.B. Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Häftlingshilfegesetz, Opferentschädigungsgesetz, Infektionsschutzgesetz)  | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja<br><br><input type="checkbox"/> ohne Pflegezulage<br><input type="checkbox"/> mit Pflegezulage (§ 35 BVG) nach Stufe |
| 2.2. Pflegegeld vom Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. Berufsgenossenschaft, Gemeindeunfallversicherungsverband)   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja   |
| 2.3. Unterhaltshilfe nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG)   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> ohne Pflegezulage<br><input type="checkbox"/> mit Pflegezulage                              |
| 2.4. Leistungen einer Haftpflichtversicherung  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja   |
| 2.5. Beihilfe nach den Beihilfavorschriften (BhV)  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja   |
| 2.6. Sonstige Leistungen/Ansprüche (z.B. Schadensersatzansprüche aus unerlaubter Handlung nach §823 BGB)   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja   |
| <b>3. Haben Sie eine der unter Tz. 2.1 bis 2.6 aufgeführten Leistungen beantragt?</b><br><input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, und zwar zu Nr. _____<br>Falls ja, bitte Anschrift und Aktenzeichen der Stelle mitteilen, bei der der Antrag gestellt wurde.<br>Name/Bezeichnung: _____<br>Straße, PLZ, Ort: _____<br>Aktenzeichen: _____ |   |
| <b>4. Erklärung:</b><br>4.1. Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.   |   |
| _____<br>Ort / Datum   | _____<br>Unterschrift   |
| <b>Zur Unterschrift kreuzen Sie bitte das Zutreffende an.</b><br><input type="checkbox"/> Antragsteller/in <input type="checkbox"/> Gesetzliche/r Vertreter/in <input type="checkbox"/> Betreuer/in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r   |   |

# Hinweisblatt zur Anzeigepflicht zum Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Gesetz über das Landesblindengeld für Zivilblinde (BlindGeldG ND)

## 1. Umzug:

---

Jeder Umzug ist der das Landesblindengeld gewährenden Behörde unverzüglich mitzuteilen. Es reicht nicht aus, lediglich die Meldebehörde über den Umzug zu unterrichten, da diese über den Bezug von Leistungen nach dem BlindGeld ND nicht informiert ist und schon aus Datenschutzgründen Meldungen nicht weiterleitet.

### 1.1. Innerhalb Niedersachsens:

---

Der Umzug in den Zuständigkeitsbereich einer anderen, das Landesblindengeld gewährenden Behörde ist der bisher zuständigen mitzuteilen. Diese wird Ihre Blindengeldakte an die künftig zuständige abgeben, die die Zahlung von Landesblindengeld dann bündig aufnehmen wird.

### 1.2. Umzug in eine stationäre Einrichtung:

---

Bei Umzug in eine stationäre Einrichtung bleibt der bisher zuständige Leistungsträger auch weiterhin für die Gewährung von Landesblindengeld zuständig.

Beim Aufenthalt in einer stationären Einrichtung wird ein gekürztes Landesblindengeld gezahlt. Die Kürzung erfolgt zum Ersten des zweiten Monats, der auf die Aufnahme folgt (§ 2 Abs. 2 BlindGeldG ND). Eine verspätete oder unterlassene Mitteilung hat zur Folge, dass es zu erheblichen Überzahlungen kommen kann, die wegen der Unterlassung der Mitteilungspflicht von Ihnen zurückzufordern sind.

### 1.3. Umzug in ein anderes Bundesland:

---

Bei Wohnsitzwechsel von Niedersachsen in ein anderes Bundesland wird die Zahlung des Landesblindengeldes eingestellt, da Voraussetzung für die Zahlung der gewöhnliche Aufenthalt in Niedersachsen ist.

Die Zahlung endet mit Ablauf des Monats, in dem der Wohnsitzwechsel stattfindet.

Der Umzug in ein anderes Bundesland ist der das Landesblindengeld gewährenden Behörde zur Vermeidung von Überzahlungen und Rückforderungen rechtzeitig, mindestens einen Monat vor Umzug, mitzuteilen.

Bei einem Umzug von Niedersachsen in eine stationäre Einrichtung außerhalb Niedersachsens bleibt die Behörde, die bislang das Landesblindengeld gewährt hat, weiterhin zuständig, da der Aufenthalt in einer stationären Einrichtung keinen gewöhnlichen Aufenthalt begründet.

Gleiches gilt für einen Wohnsitzwechsel von einer stationären Einrichtung innerhalb Niedersachsens in eine stationäre Einrichtung außerhalb Niedersachsens, wenn der gewöhnliche Aufenthalt **vor** dem Heimaufenthalt **in Niedersachsen war**.

#### **1.4. Umzug ins Ausland:**

---

Die Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes in das Ausland haben zur Folge, dass kein Anspruch auf Landesblindengeld mehr besteht, denn dieser ist an den gewöhnlichen Aufenthalt in Niedersachsen (Mittelpunkt der Lebensbeziehungen) gebunden. Bei Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz könnte Blindengeld unter bestimmten Voraussetzungen gezahlt bzw. weitergezahlt werden. Derartige Veränderungen sind in jedem Falle mitteilungspflichtig.

#### **1.5. Wechsel des Aufenthaltsortes:**

---

Bitte teilen Sie jeden Wechsel des Aufenthaltsortes mit, auch wenn er nur vorübergehender Natur ist (z.B. wegen einer Schul- oder Berufsausbildung, eines Krankenhausaufenthaltes oder eines Aufenthalts in einer stationären Einrichtung).

#### **2. Anzurechnende Leistungen Dritter:**

---

Jeder Zugang, jede Änderung von anzurechnenden Leistungen wie Pflegegeld nach SGB XI, Pflegezulagen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Leistungen der Unfallversicherung u. a. sozialversicherungsrechtliche Leistungen, Beihilfeansprüche (auch Erhöhungen) sowie Schadenersatzansprüche nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) sind umgehend anzuzeigen, da diese Leistungen ganz oder teilweise auf das Landesblindengeld anzurechnen sind und eine unterlassene oder verspätete Mitteilung zu erheblichen Überzahlungen führen kann, die zurückzufordern sind. Mitzuteilen ist auch jeder Anspruch auf eine Leistung der zuvor genannten Art, auch wenn dieser Anspruch zur Zeit nicht mit einer Zahlung verbunden ist.

#### **3. Entziehung des Merkzeichens „Bl“:**

---

Sollte das Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie Ihnen das eventuell festgestellte Merkzeichen „Bl“ wieder entziehen, so ist dieser Umstand sofort mitzuteilen, weil jedes Unterlassen oder jede Verzögerung eine erhebliche Überzahlung verursacht, die zurückzufordern ist.

Wenn die obige Behörde mitteilt, dass das Merkzeichen „Bl“ von Anfang an zu Unrecht festgestellt worden sei, es aber aus verfahrensrechtlichen Gründen nicht entzogen werden könne, ist diese Tatsache der das Landesblindengeld gewährenden Behörde ebenfalls zur Kenntnis zu geben.

**Bitte nehmen Sie diese Hinweise zu Ihren Unterlagen.**



**Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff Datenschutz-Grundverordnung**

..... informiert Sie über Art, Umfang und Zweck der Datenerhebung und Verwendung ihrer Daten.

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der Gewährung von Landesblindengeld verarbeitet. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitung ist Artikel 6 Abs. 1 Buchst. c) und e) DS-GVO i. V. m. § 3 NDSG sowie das Gesetz über das Landesblindengeld für Zivilblinde (BlindGeld G ND).

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist erforderlich, um Anträge auf Gewährung von Landesblindengeld zu bearbeiten. Sofern Sie Ihre personenbezogenen Daten nicht bereitstellen, ist das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen – der Antrag ist in diesem Fall abzulehnen

Ihre Daten werden ab Eingang des Antrages bis zum Ablauf von .... Jahren nach Schließung der Akte (beginnend ab 01.01. des Folgejahres) gem. .... gespeichert.

Ihre personenbezogenen Daten werden ggf. an das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie weitergeleitet.

..... als verantwortliche datenverarbeitende Stelle ist per E-Mail unter ..... bzw. postalisch unter ..... erreichbar. Außerdem besteht die Möglichkeit, die/den Datenschutzbeauftragten der Behörde per E-Mail unter ..... bzw. postalisch unter ..... zu kontaktieren.

Gegenüber ..... können folgende Rechte geltend gemacht werden:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen Verarbeitung

Darüber hinaus können Sie sich an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragte für den Datenschutz) wenden und dort ein Beschwerderecht geltend machen.