Antrag auf Leistungen für Entschädigungsberechtigte nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung (SGB XIV)

Kriegsauswirkungen beider Weltkriege §§ 21, 22 SGB XIV

Hier bitte Name / Adresse der Versorgungsbehörde eintragen	Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde
Landratsamt Rottweil Gemeinsame Dienststelle SER Johanniterstr. 23 78628 Rottweil	

Art des Antrags

Art des Antrags	☐ Erstantrag als geschädigte Person ☐ Erstantrag als hinterbliebene Person ☐ Erstantrag als angehörige oder nahestehende Person ☐ Änderungsantrag

Beantragende Person

☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers	☐ Ich für mich selbst oder für uns ☐ Ich für mein Kind ☐ Ich als gerichtliche Betreuung für meine betreute Person ☐ Ich als Bevollmächtigte:r für die durch mich vertretene Person ☐ Sonstige

Angaben zur antragstellenden Person

Doktorgrade	Familienname	Vornamen	
Geburtsdatum	Geburtsort		
Geschlecht	☐ männlich	☐ weiblich	☐ divers
Wo befindet sich die Anschrift?	☐ in Deutschland	☐ außerhalb von Deutschland	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift	Staat		
Telefonnummer	E-Mail-Adresse		

Angaben zur Betreuungsperson oder Bevollmächtigten

Doktorgrade	Familienname	Vornamen	
Geburtsdatum	Geburtsort		
Geschlecht	☐ männlich	☐ weiblich	☐ divers
Wo befindet sich die Anschrift?	☐ in Deutschland	☐ außerhalb von Deutschland	

Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift	Staat		
Telefonnummer	E-Mail-Adresse		

Angaben zur verstorbenen Person (nur als hinterbliebene Person auszufüllen)

Familienname	Geburtsname		
Vornamen			
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers		
Letzter Wohnsitz/gewöhnlicher Aufenthalt	☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland		
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift	Staat		
Staatsangehörigkeit			
Sterbedatum	Sterbeort		
Todesursache			
Hat die verstorbene Person vor ihrem Tod soziale Entschädigungsleistungen bezogen?			☐ Ja ☐ Nein
Verhältnis zur verstorbenen Person	☐ Witwen-/Witwerverhältnis ☐ Kindschaftsverhältnis ☐ Elternschaftsverhältnis ☐ Sonstige		
	Sonstiges Verhältnis		
Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwenverhältnis/Witwerverhältnis“ auszufüllen)			
Datum der Eheschließung	Ort der Eheschließung		
Wurde die Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?			☐ Ja ☐ Nein
Sind Sie nach dem Tod der verstorbenen Person noch weitere Ehen eingegangen?			☐ Ja ☐ Nein
Angaben für Waisen und Halbwaisen (nur bei Auswahl „Kindschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
Sind Sie durch den Sterbefall Waise oder Halbwaise geworden?			☐ Ja ☐ Nein
Kindschaftsverhältnis zur verstorbenen Person	☐ Ehelich ☐ Nichtehelich ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind		
Familienname der gesetzlichen Vertretung	Vornamen der gesetzlichen Vertretung		
Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Halbwaise“ und „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
Familienname	Vornamen		
Wo befindet sich die Anschrift?	☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland		
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			

Postfach	Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift	Staat		
Geburtsdatum	Geburtsort		
Staatsangehörigkeit			
Hat der andere Elternteil weitere Kinder?			☐ Ja ☐ Nein
Andere Ansprüche			
Wurden oder werden aus Anlass des Todes bereits laufende oder einmalige Leistungen gewährt oder beantragt?			☐ Ja ☐ Nein
Name der Behörde	Aktenzeichen/Geschäftszeichen		
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Haben Sie oder hatte die verstorbene Person Anspruch auf Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen?			☐ Ja ☐ Nein
Name der Rentenversicherung	Aktenzeichen/Geschäftszeichen		
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Angaben zur geschädigten Person (nur als angehörige oder nahestehende Person auszufüllen)

Familienname		Geburtsname	
Vornamen			
Geburtsdatum		Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	
Wo befindet sich die Anschrift? ☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit			

Kriegsauswirkungen beider Weltkriege

Angaben zum schädigenden Ereignis	
Schädigendes Ereignis	☐ Dienstleistung in der Wehrmacht oder in militärischen Verbänden ☐ Kriegsgefangenschaft
	☐ Sonstiges schädigendes Ereignis:
Dienstleistung in der Wehrmacht oder in militärischen Verbänden	
Beginn des Militärdienstes	Ende des Militärdienstes
Einheit (Bundeswehr)	

Letzter Dienstgrad			
Letzte Feldpostnummer oder Personenkennziffer			
Kriegsgefangenschaft			
Beginn der Kriegsgefangenschaft		Ende der Kriegsgefangenschaft	
Staat		Ort	
Kriegsgefangenen-Nummer			
Angaben zu Gesundheitsstörungen oder Schädigungen			
Welche Gesundheitsstörungen machen Sie geltend?			
Auf welche schädigenden Ereignisse werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt?			
Ereignis	Zeitraum	Staat	Ort
Ereignis	Zeitraum	Staat	Ort
Ereignis	Zeitraum	Staat	Ort
Angaben zur Krankenversicherung			
Form der Krankenversicherung ☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Nicht versichert			
Name der Krankenversicherung			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Mitgliedschaft seit (Datum)		Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer	
Frühere Krankenkasse			
Angaben zu ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungen			
Waren Sie während Ihrer Dienstzeit in Lazaretten oder sonstigen Krankenanstalten?			☐ Ja ☐ Nein
Beginn		Ende	
Beginn		Ende	
Angaben zum Krankenhaus/Lazarett			
Krankenhaus/Lazarett			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort

Angaben zu sonstigen ärztlichen Behandlungen			
Haben Sie aufgrund der geltend gemachten Gesundheitsstörungen weitere ärztliche Behandlungen in Anspruch genommen?			☐ Ja ☐ Nein
Familienname		Vorname	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Beginn		Ende	
Beginn		Ende	

Bankverbindung

Kontoinhaber	IBAN
BIC	Geldinstitut

Sonstige Angaben

Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten			
Haben Sie wegen der Gesundheitsschädigungen, für die Sie hiermit Leistungen beantragen, Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten angemeldet?			☐ Ja ☐ Nein
Von welcher weiteren Stelle oder Einrichtung haben Sie weitere Leistungen beantragt?	☐ Unfallversicherung ☐ Krankenversicherung ☐ Gesetzliche Rentenversicherung ☐ Bundesagentur für Arbeit ☐ Täterin oder Täter (Schadensersatz/Schmerzensgeld) ☐ Ausländischen Entschädigungssystemen		
	☐ Sonstige Leistungsträger:		
Name der Stelle oder der Einrichtung		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Leistungen zur Teilhabe und Besondere Leistungen im Einzelfall			
<u>Hinweis zu weiteren Leistungen des SGB XIV Kapitel 6 und Kapitel 11:</u> Aufgrund der von Ihnen gemachten Angaben in diesem Antrag werden auch mögliche Ansprüche auf Leistungen der Teilhabe (Kapitel 6) und Besondere Leistungen im Einzelfall (Kapitel 11) geprüft. Die zuständige Behörde wird in diesem Fall Kontakt zu Ihnen aufnehmen, ggf. weitere Unterlagen oder Nachweise anfordern und das weitere Vorgehen mit Ihnen abstimmen.			
Fühlen Sie sich durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge des schädigenden Ereignisses in Ihrem Beruf beeinträchtigt?			☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie Interesse an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben?			☐ Ja ☐ Nein
An welchen Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben Sie Interesse?			

Fühlen Sie sich durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge des schädigenden Ereignisses in Ihrer alltäglichen Lebenssituation oder im Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Sozialen Teilhabe?	☐ Ja	☐ Nein
An welchen Maßnahmen zur Sozialen Teilhabe haben Sie Interesse?		
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Bildung?	☐ Ja	☐ Nein
An welchen Maßnahmen der Bildung haben Sie Interesse?		
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation?	☐ Ja	☐ Nein
An welchen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation haben Sie Interesse?		
Angaben zur Behinderung		
Wurde eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt?	☐ Ja	☐ Nein
Name der Behörde	Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Antrag auf Versorgung		
Haben Sie bereits einen Antrag auf Versorgung gestellt und beziehen gegebenenfalls Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), Häftlingsgesetz (HHG), Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG), Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) beziehungsweise Vierzehnten Sozialgesetzbuch (SGB XIV)?	☐ Ja	☐ Nein
Name der Behörde	Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Unterstützung bei der Antragstellung		
Haben Sie Unterstützung bei der Antragstellung erhalten?	☐ Ja	☐ Nein
Wer hat Sie bei der Antragstellung unterstützt?		

Erklärungen

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und sämtliche Angaben richtig und vollständig gemacht worden sind. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Beträge zurückgezahlt werden müssen.	☐ Ja

Schweigepflichtentbindungserklärung

Soweit ich keine für die Anspruchsprüfung erforderlichen Unterlagen beifüge, wird die zuständige Behörde den Sachverhalt von Amts wegen aufklären.

Ich erkläre mich daher insbesondere mit der Beiziehung folgender Unterlagen einverstanden:
Polizeiliche Ermittlungsunterlagen, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Jugendamtsakten, erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Therapieberichte, Entlassungsberichte, Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung, Krankenunterlagen, und Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind, allerdings nur in dem Umfang, wie sie Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände geben können.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren, für ein sich gegebenenfalls anschließendes Überprüfungs- oder Widerspruchsverfahren sowie für das Verfahren zur Durchsetzung der auf das Land übergegangenen Schadensersatzansprüche. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich entbinde die behandelnden und beteiligten Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, und Therapeutinnen/Therapeuten insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Stimmen Sie der Schweigepflichtentbindungserklärung zu?	☐ Ja
Von dieser Schweigepflichtentbindungserklärung schließe ich ausdrücklich aus:	

Die jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum: Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der sorgeberechtigten (bei Minderjährigen unter 15 Jahren müssen beide Sorgeberechtigten unterschreiben), bevollmächtigten oder betreuenden Person:

…… ……..