



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

**Beschädigtenversorgung nach dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz  
(StrREhaG) und dem verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)**

Name / Adresse der Versorgungsbehörde  Landratsamt Konstanz Amt für Gesundheit und Versorgung -Soziales Entschädigungsrecht- Scheffelstraße 15 78315 Radolfzell	Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde
---	--

**Art des Antrags**

Art des Antrags	<input type="checkbox"/> Erstantrag als geschädigte Person <input type="checkbox"/> Erstantrag als hinterbliebene Person <input type="checkbox"/> Erstantrag als angehörige oder nahestehende Person <input type="checkbox"/> Änderungsantrag
-----------------	--

**Beantragende Person**

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers	<input type="checkbox"/> Ich für mich selbst oder für uns <input type="checkbox"/> Ich für mein Kind <input type="checkbox"/> Ich als gerichtliche Betreuung für meine betreute Person <input type="checkbox"/> Ich als Bevollmächtigte/r für die durch mich vertretene Person <input type="checkbox"/> Sonstige
---	--

**Angaben zur antragstellenden Person**

Doktorgrade	Familienname	Vornamen		
Geburtsdatum		Geburtsort		
Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Wo befindet sich die Anschrift?		<input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland		
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz				
Postfach		Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift		Staat		
Telefonnummer		E-Mail-Adresse		

**Angaben zur Betreuungsperson oder Bevollmächtigten**

Familienname	Vornamen
--------------	----------



Name des Unternehmens, Vereins, oder einer sonstigen Organisation			
Beziehung zur antragstellenden Person			
Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		
Letzter Wohnsitz/gewöhnlicher Aufenthalt <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> 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?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verhältnis zur verstorbenen Person	<input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerverhältnis <input type="checkbox"/> Kindschaftsverhältnis <input type="checkbox"/> Elternschaftsverhältnis <input type="checkbox"/> Sonstiger Familienstand:		
<b>Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwenverhältnis/Witwerverhältnis“ auszufüllen)</b>			
Datum der Eheschließung	Ort der Eheschließung		
Wurde die Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie nach dem Tod der verstorbenen Person noch weitere Ehen eingegangen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Angaben für Waisen und Halbwaisen (nur bei Auswahl „Kindschaftsverhältnis“ auszufüllen)</b>			
Sind Sie durch den Sterbefall Waise oder Halbwaise geworden?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



Kindschaftsverhältnis zur verstorbenen Person <input type="checkbox"/> Ehelich <input type="checkbox"/> Nichteelich <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind				
Familiennamen der gesetzlichen Vertretung		Vornamen der gesetzlichen Vertretung		
<b>Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Halbwaise“ und „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)</b>				
Familiennamen		Vornamen		
Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland				
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz				
Postfach		Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift		Staat		
Geburtsdatum		Geburtsort		
Staatsangehörigkeit				
Hat der andere Elternteil weitere Kinder?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Andere Ansprüche</b>				
Wurden oder werden aus Anlass des Todes bereits laufende oder einmalige Leistungen gewährt oder beantragt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name der Behörde		Aktenzeichen/Geschäftszeichen		
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz				
Haben Sie oder hatte die verstorbene Person Anspruch auf Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name der Rentenversicherung		Aktenzeichen/Geschäftszeichen		
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Anschrift Zusatzangaben				

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

Familiennamen		Geburtsnamen		
Vornamen				
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		
Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland				
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz				
Postfach		Postleitzahl		Ort



Auslandsanschrift	Staat
Geburtsdatum	Geburtsort
Staatsangehörigkeit	

**Beschädigtenversorgung nach dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (StrREhaG) und dem verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)**

Wählen Sie aus, nach welchem Gesetz Sie den Antrag auf Beschädigtenversorgung stellen:	<input type="checkbox"/> Beschädigtenversorgung nach dem Häftlingshilfegesetz (HHG) <input type="checkbox"/> Beschädigtenversorgung nach dem strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG) <input type="checkbox"/> Beschädigtenversorgung nach dem verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)		
Weicht Ihr Wohnort vor der Haftzeit von Ihrem jetzigen Wohnort ab?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wo befand sich Ihre Anschrift vor der Haftzeit?	<input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland		
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Auslandsanschrift	Staat		
Wie viele Kinder haben Sie?			
<b>Angaben zur Berufstätigkeit</b>			
Welchen Beruf, welche Tätigkeit oder welches Studium haben Sie vor dem schädigenden Ereignis ausgeführt?			
Welchen Beruf, welche Tätigkeit oder welches Studium haben Sie nach dem schädigenden Ereignis ausgeübt?			
Welchen Beruf, welche Tätigkeit oder welches Studium führen Sie derzeit aus?			
Wurde Ihnen eine Bescheinigung nach dem beruflichen Rehabilitierungsgesetz (BerRehaG) ausgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wurden Sie nach dem strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG) rehabilitiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wurde Ihnen eine Bescheinigung nach dem verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) ausgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wurde Ihnen eine Bescheinigung nach dem Häftlingshilfegesetz (HHG) ausgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Haftzeiten beziehungsweise Verfolgungszeiten in der ehemaligen sowjetischen Besatzungszone/n der ehemaligen DDR</b>			
Haftanstalt, Zuchthaus oder Internierungslager			
Beginn der Inhaftierung	Ende der Inhaftierung		



<b>Angaben zu Gesundheitsstörungen oder Schädigungen</b>			
Welche Gesundheitsstörungen machen Sie geltend?			
Auf welche schädigenden Ereignisse werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt?			
Datum des schädigenden Ereignisses		Zeitraum bzw. Zeiträume der schädigenden Ereignisse	
In welcher Haftanstalt, welchem Zuchthaus oder Internierungslager sind die schädigenden Ereignisse eingetreten?			
Sind Sie durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen in Ihrer Tätigkeit besonders betroffen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erläutern Sie, inwiefern Sie durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen in Ihrer Tätigkeit besonders betroffen sind.			
Haben Sie berufliche Rehabilitationsmaßnahmen beantragt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Stelle oder der Einrichtung		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Sind Sie an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen interessiert?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erläutern Sie, warum Sie nicht an Berufsförderungsmaßnahmen interessiert sind.			
<b>Angaben zur ärztlichen Behandlung vor und während der Haftzeit</b>			
Waren Sie vor und während der Haftzeit in ärztlicher Behandlung?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name des Krankenhauses oder der ärztlichen Ansprechperson			
Wo befindet sich die Anschrift?		<input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			



Postfach	Postleitzahl	Ort	
Auslandsanschrift	Staat		
Behandlungszeitraum bzw. Behandlungszeiträume			
Gibt es weitere Personen, die Auskunft über Ihre erlittenen Schädigungen geben können? (Name/Anschrift soweit bekannt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung aufgrund des schädigenden Ereignisses</b>			
Waren Sie aufgrund der Folgen des schädigenden Ereignisses in stationärer oder ambulanter Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Name des Krankenhauses oder der ärztlichen Ansprechperson			
Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl	Ort	
Auslandsanschrift	Staat		
Behandlungszeitraum bzw. Behandlungszeiträume			
<b>Angaben zur Krankenversicherung vor der Haftzeit</b>			
Form der Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Privat versichert <input type="checkbox"/> Nicht versichert			
Name der Krankenversicherung			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl	Ort	
Mitgliedschaft seit (Datum)	Mitgliedsnummer/Krankenversicherungsnummer		
<b>Angaben zur Krankenversicherung nach der Haftzeit</b>			
Form der Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Privat versichert <input type="checkbox"/> Nicht versichert			
Name der Krankenversicherung			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl	Ort	
Mitgliedschaft seit (Datum)	Mitgliedsnummer/Krankenversicherungsnummer		
Beziehen Sie eine Unfallrente, eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie derartige Leistungen bezogen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		



Name der Stelle oder der Einrichtung		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort

### Bankverbindung

Kontoinhaber	IBAN
BIC	Geldinstitut

### Sonstige Angaben

<b>Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten</b>			
Haben Sie wegen der Gesundheitsschädigungen, für die Sie hiermit Leistungen beantragen, Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten angemeldet?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Von welcher weiteren Stelle oder Einrichtung haben Sie weitere Leistungen beantragt?	<input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit <input type="checkbox"/> Täterin oder Täter (Schadensersatz/Schmerzensgeld) <input type="checkbox"/> Ausländischen Entschädigungssystemen <input type="checkbox"/> Sonstige Leistungsträger:		
Name der Stelle oder der Einrichtung		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
<b>Leistungen zur Teilhabe und Besondere Leistungen im Einzelfall</b>			
<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?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Interesse an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Sozialen Teilhabe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
An welchen Maßnahmen zur Sozialen Teilhabe haben Sie Interesse?	
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Bildung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
An welchen Maßnahmen der Bildung haben Sie Interesse?	
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
An welchen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation haben Sie Interesse?	
<b>Angaben zur Behinderung</b>	
Wurde eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde	Aktenzeichen/Geschäftszeichen
<b>Antrag auf Versorgung</b>	
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)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde	Aktenzeichen/Geschäftszeichen
<b>Unterstützung bei der Antragstellung</b>	
Haben Sie Unterstützung bei der Antragstellung erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> 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 Ärzten/Ärztinnen 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?	<input type="checkbox"/> 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:

.....

.....