



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

Kriegsauswirkungen beider Weltkriege §§ 21, 22 SGB XIV

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

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 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"/> Sonstige:		



Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwenverhältnis/Witwerverhältnis“ auszufüllen)			
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
Angaben für Waisen und Halbwaisen (nur bei Auswahl „Kindschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
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			
Familiename der gesetzlichen Vertretung		Vornamen der gesetzlichen Vertretung	
Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Halbwaise“ und „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
Familiename		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
Andere Ansprüche			
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			



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

Familienname		Geburtsname	
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			

Kriegsauswirkungen beider Weltkriege

Angaben zum schädigenden Ereignis	
Schädigendes Ereignis	<input type="checkbox"/> Dienstleistung in der Wehrmacht oder in militärischen Verbänden <input type="checkbox"/> Kriegsgefangenschaft <input type="checkbox"/> 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 <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 /Krankenversichertennummer	
Frühere Krankenkasse			
Angaben zu ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungen			
Waren Sie während Ihrer Dienstzeit in Lazaretten oder sonstigen Krankenanstalten?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Familiennamen			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?			<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



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?	<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?	
Angaben zur Behinderung	
Wurde eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde	Aktenzeichen/Geschäftszeichen
Unterstützung bei der Antragstellung	
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 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?	<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:

.....

.....