



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

Gesundheitliche Schädigung im Zusammenhang mit der Ableistung des Zivildienstes § 23 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	☐ Erstantrag als geschädigte Person ☐ Erstantrag als hinterbliebene Person ☐ Änderungsantrag
-----------------	---

Beantragende Person

☐ Ich für mich selbst ☐ Ich für mein Kind ☐ Als Betreuer/in ☐ Als Bevollmächtigte/r ☐ Sonstige:
--

Angaben zur geschädigten Person

Familienname		Vornamen	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht		☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Land (falls nicht Deutschland)			
Telefonnummer		E-Mail-Adresse	
Staatsangehörigkeit			



Angaben zur Betreuungsperson oder bevollmächtigten Person

Familiennamen		Vornamen	
Name des Unternehmens, Vereins oder einer sonstigen Organisation, in der die Betreuungstätigkeit ausgeübt wird			
Beziehung zur antragstellenden Person			
Straße		Hausnummer	Postleitzahl
Postfach		Land (falls nicht Deutschland)	
Telefonnummer		E-Mail-Adresse	

Angaben zur verstorbenen Person (nur bei Sterbefällen als hinterbliebene Person auszufüllen, ansonsten weiter auf S. 3 „Weitere Angaben“)

Familiennamen		Geburtsnamen	
Vornamen			
Geburtsdatum		Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	
Letzter Wohnsitz/gewöhnlicher Aufenthalt ☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland Land (falls außerhalb von Deutschland):			
Straße		Hausnummer	Postleitzahl
			Ort
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:	
Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwen-/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 ☐ Nichteelich ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind	
Familienname der gesetzlichen Vertretung	Vornamen der gesetzlichen Vertretung		
Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
Familienname	Vornamen		
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Land (falls nicht Deutschland)			
Geburtsdatum	Geburtsort		
Staatsangehörigkeit			
Weitere 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
Haben Sie oder hatte die verstorbene Person Anspruch auf Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen?		☐ Ja ☐ Nein	
Name der Rentenversicherung	Aktenzeichen/Geschäftszeichen		
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Weitere Angaben

Angaben zur bisherigen Tätigkeit			
Haben Sie unmittelbar vor Einberufung zum Zivildienst eine berufliche Tätigkeit ausgeübt?		☐ Ja ☐ Nein	
Name des letzten Arbeitgebers			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Land (falls nicht Deutschland)			



Angaben zum Zivildienst			
Beginn Zivildienst		Ende Zivildienst	
Name der Einrichtung, in der Sie Zivildienst geleistet haben			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Land (falls nicht Deutschland)			
Personenkennziffer		Ende der Dienstbezüge (Datum)	
Weitere Angaben			
Handelt es sich um einen Verkehrsunfall?			☐ Ja ☐ Nein
Datum des Verkehrsunfalls	Startort	Ziel	
Wegstrecke			
Wurden bereits polizeiliche Ermittlungen durchgeführt?			☐ Ja ☐ Nein
Polizeidienststelle		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Postfach			
Wird die Angelegenheit von der Staatsanwaltschaft bearbeitet?			☐ Ja ☐ Nein
Aktenzeichen/Geschäftszeichen, Adresse der Staatsanwaltschaft			
Wird der Schadensfall bereits vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bearbeitet?			☐ Ja ☐ Nein
Aktenzeichen/Geschäftszeichen			
Haben Sie aufgrund vertraglicher Abmachungen Anspruch auf Krankenbehandlung bzw. Heilbehandlung gegen einen Dritten?			☐ Ja ☐ Nein

Angaben zum schädigenden Ereignis

Auf welches schädigende Ereignis werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt?	
Tatort	Tatzeit (Datum und Uhrzeit)



Gibt es Zeugen für das Geschehen?	☐ Ja ☐ Nein
Name und Anschrift der Zeugen (soweit bekannt)	
1.	
2.	
3.	

Angaben zu den gesundheitlichen Folgen des schädigenden Ereignisses

Zu welchen Gesundheitsstörungen hat das schädigende Ereignis geführt?	
Liegen diese Gesundheitsstörungen heute noch vor?	☐ Ja ☐ Nein
Bestanden vor dem schädigenden Ereignis bereits Gesundheitsstörungen?	☐ Ja ☐ Nein
Falls ja: Welche Gesundheitsstörungen bestanden bereits vor dem schädigenden Ereignis?	
Waren Sie wegen dieser zuvor bestehenden Gesundheitsstörungen in ärztlicher Behandlung?	☐ Ja ☐ Nein
Falls ja: Name und Anschrift der Praxis/Klinik (bitte Befunde mitschicken)	

Angaben zur medizinischen Behandlung aufgrund des schädigenden Ereignisses

Wichtiger Hinweis: Bitte senden Sie uns alle Ihnen vorliegenden Befunde / Arztberichte mit, die in Zusammenhang mit der Gewalttat stehen. Hierdurch verkürzt sich die Verfahrensdauer.

Waren Sie wegen der Gesundheitsstörungen nach dem schädigenden Ereignis in stationärer oder ambulanter Behandlung?	☐ Ja ☐ Nein		
Name der Klinik/Praxis und der ärztlichen Ansprechperson			
Wo befindet sich die Anschrift? ☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort



Land (falls nicht Deutschland)
Behandlungszeitraum /-räume
Name und Anschrift weiterer behandelnder Ärztinnen/Ärzte in Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis 1. 2.
Name und Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes
Sämtliche Befunde und Arztberichte sind dem Antrag beigelegt ☐ ja ☐ nein

Angaben zur Krankenversicherung

Form der Krankenversicherung	☐ pflichtversichert ☐ familienversichert	☐ freiwillig versichert ☐ privat versichert	
Hat dieses Versicherungsverhältnis während des Zivildienstes bestanden?		☐ Ja ☐ Nein	
Name der Krankenversicherung			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Postfach			
Mitgliedschaft seit (Datum)		Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer	

Bankverbindung

Kontoinhaber	IBAN
BIC	Geldinstitut

Sonstige Angaben

Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten	
Haben Sie wegen der hier angegebenen Gesundheitsschädigungen Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten angemeldet?	☐ Ja ☐ Nein
Falls ja: Von welcher weiteren Stelle oder Einrichtung haben Sie weitere Leistungen beantragt?	☐ Unfallversicherung ☐ Krankenversicherung ☐ Gesetzliche Rentenversicherung



		☐ Bundesagentur für Arbeit ☐ Täterin oder Täter (Schadensersatz/Schmerzensgeld) ☐ Ausländische Entschädigungssysteme ☐ Sonstige Leistungsträger:	
Name der Stelle/Einrichtung		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	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 Ihrer Berufsausübung/Tätigkeit beeinträchtigt?		☐ Ja ☐ Nein	
Falls ja: Wie fühlen Sie sich durch das schädigende Ereignis beeinträchtigt?			
Haben Sie Interesse an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben?		☐ Ja ☐ Nein	
Falls ja: 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	
Falls ja: An welchen Maßnahmen zur Sozialen Teilhabe haben Sie Interesse?			
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Bildung?		☐ Ja ☐ Nein	
Falls ja: An welchen Maßnahmen der Bildung haben Sie Interesse?			
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation?		☐ Ja ☐ Nein	
Falls ja: An welchen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation haben Sie Interesse?			
Angaben zur Behinderung			
Wurde eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt?		☐ Ja ☐ Nein	
Name der Behörde		Aktenzeichen	



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), Häftlingshilfegesetz (HHG), Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG), Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) oder Vierzehnten Sozialgesetzbuch (SGB XIV)?	☐ Ja ☐ Nein
Falls ja, um was für einen Antrag bzw. Leistung handelt es sich?	
Name der Behörde	Aktenzeichen
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



Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Behörde mit diesem Verfahren nach dem SGB XIV zugänglich gemacht worden sind,

- erfasst und gespeichert werden (§ 67c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X) und
 - den Gutachterinnen und Gutachtern, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen Begutachtung beauftragt worden sind,
 - den Hauptfürsorgestellten,
 - den anderen Sozialleistungsträgern für deren eigene gesetzliche soziale Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 35 erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)
 - sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit
- übermittelt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).

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:

.....

.....

Name, Vorname in Druckbuchstaben: