



**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"/> Änderungsantrag
-----------------	---

Beantragende Person

<input type="checkbox"/> Ich für mich selbst oder für uns <input type="checkbox"/> Ich für mein Kind <input type="checkbox"/> Als Betreuer/in <input type="checkbox"/> Als Bevollmächtigte/r <input type="checkbox"/> Sonstige:

Angaben zur antragstellenden Person

Familienname		Vornamen		
Geburtsdatum		Geburtsort		
Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
Land (falls nicht Deutschland)				
Telefonnummer		E-Mail-Adresse		
Staatsangehörigkeit				



Angaben zur Betreuungsperson oder bevollmächtigten Person

Familienname		Vornamen		
Name des Unternehmens, Vereins oder einer sonstigen Organisation, in der die Betreuungstätigkeit ausgeübt wird				
Beziehung zur antragstellenden Person				
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Postfach	Land (falls nicht Deutschland)			
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 Land (falls außerhalb von Deutschland):				
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
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 „Witwen-/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	
Familiennamen der gesetzlichen Vertretung		Vornamen der gesetzlichen Vertretung	
Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
Familiennamen		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?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name der Behörde		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße		Hausnummer	Postleitzahl Ort
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 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			
Schädigendes Ereignis			
Auf welche schädigenden Ereignisse werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt?			
Ereignis	Zeitraum	Staat	Ort
Ereignis	Zeitraum	Staat	Ort
Ereignis	Zeitraum	Staat	Ort

Angaben zu den gesundheitlichen Folgen des schädigenden Ereignisses

Zu welchen körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen haben die o.g. Ereignisse geführt?	
Liegen diese körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen heute noch vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen liegen heute noch vor?	



Welche der genannten Gesundheitsstörungen bestanden bereits zuvor?

Angaben zur ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung

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

Waren Sie während Ihrer Dienstzeit in Lazaretten oder sonstigen Krankenanstalten?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beginn		Ende		
Name des Krankenhauses/Lazarettes				
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Haben Sie aufgrund der geltend gemachten Gesundheitsstörungen weitere ärztliche Behandlungen in Anspruch genommen?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name der Klinik/Praxis und der dort behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes				
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Behandlungszeitraum /-zeiträume				
Name und Anschrift weiterer behandelnder Ärztinnen/Ärzte in Zusammenhang mit den o.g. Gesundheitsstörungen				
1.				
2.				
3.				
4.				
Name und Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes				
Sämtliche Befunde und Arztberichte sind dem Antrag beigelegt			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



Angaben zur Krankenversicherung

Form der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privat versichert	
	<input type="checkbox"/> Nicht versichert		
Name der Krankenkasse			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Postfach		Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer	
Mitgliedschaft seit		Frühere Krankenkasse	

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?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: 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"/> Ausländische Entschädigungssysteme <input type="checkbox"/> 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?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



Falls ja: Wie fühlen Sie sich durch das schädigende Ereignis beeinträchtigt?	
Haben Sie Interesse an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Sozialen Teilhabe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: An welchen Maßnahmen zur Sozialen Teilhabe haben Sie Interesse?	
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Bildung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: An welchen Maßnahmen der Bildung haben Sie Interesse?	
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: 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
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) oder Vierzehnten Sozialgesetzbuch (SGB XIV)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<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:	

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: