



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	☐ 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
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?		☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
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
Staatsangehörigkeit			
Sterbedatum	Sterbeort		
Todesursache			
Hat die verstorbene Person vor ihrem Tod soziale Entschädigungsleistungen bezogen?		☐ Ja ☐ Nein	
Verhältnis zur verstorbenen Person	☐ Witwen-/Witwerverhältnis ☐ Kindschaftsverhältnis ☐ Elternschaftsverhältnis ☐ Sonstiger Familienstand:		
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
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
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
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:		☐ Beschädigtenversorgung nach dem Häftlingshilfegesetz (HHG) ☐ Beschädigtenversorgung nach dem strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG) ☐ Beschädigtenversorgung nach dem verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)	
Weicht Ihr Wohnort vor der Haftzeit von Ihrem jetzigen Wohnort ab?		☐ Ja ☐ Nein	
Wo befand sich Ihre Anschrift vor der Haftzeit?		☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland	
Straße		Hausnummer	Postleitzahl Ort
Wie viele Kinder haben Sie?			



Angaben zur Berufstätigkeit	
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?	☐ Ja ☐ Nein
Wurden Sie nach dem strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG) rehabilitiert?	☐ Ja ☐ Nein
Wurde Ihnen eine Bescheinigung nach dem verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) ausgestellt?	☐ Ja ☐ Nein
Wurde Ihnen eine Bescheinigung nach dem Häftlingshilfegesetz (HHG) ausgestellt?	☐ Ja ☐ Nein
Haftzeiten beziehungsweise Verfolgungszeiten in der ehemaligen sowjetischen Besatzungszone/n der ehemaligen DDR	
Haftanstalt, Zuchthaus oder Internierungslager	
Beginn der Inhaftierung	Ende der Inhaftierung

Angaben zu Gesundheitsstörungen oder Schädigungen	
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?	☐ Ja ☐ Nein



Erläutern Sie, inwiefern Sie durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen in Ihrer Tätigkeit besonders betroffen sind.

Haben Sie berufliche Rehabilitationsmaßnahmen beantragt? ☐ Ja ☐ Nein

Name der Stelle oder der Einrichtung

Aktenzeichen/Geschäftszeichen

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Sind Sie an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen interessiert?

☐ Ja ☐ Nein

Erläutern Sie, warum Sie nicht an Berufsförderungsmaßnahmen interessiert sind.

Angaben zur ärztlichen Behandlung vor und während der Haftzeit

Waren Sie vor und während der Haftzeit in ärztlicher Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein

Name des Krankenhauses oder der ärztlichen Ansprechperson

Wo befindet sich die Anschrift?

☐ in Deutschland

☐ außerhalb von Deutschland

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Behandlungszeitraum bzw. Behandlungszeiträume

Gibt es weitere Personen, die Auskunft über Ihre erlittenen Schädigungen geben können? (*Name/Anschrift soweit bekannt*)

☐ Ja ☐ Nein

Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung aufgrund des schädigenden Ereignisses

Waren Sie aufgrund der Folgen des schädigenden Ereignisses in stationärer oder ambulanter Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein

Name des Krankenhauses oder der ärztlichen Ansprechperson

Wo befindet sich die Anschrift?

☐ in Deutschland

☐ außerhalb von Deutschland

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Behandlungszeitraum bzw. Behandlungszeiträume

Angaben zur Krankenversicherung vor der Haftzeit

Form der Krankenversicherung ☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Nicht versichert

Name der Krankenversicherung

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Mitgliedschaft seit (Datum)

Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer

Angaben zur Krankenversicherung nach der Haftzeit

Form der Krankenversicherung ☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Nicht versichert

Name der Krankenversicherung



Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Mitgliedschaft seit (Datum)		Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer	
Beziehen Sie eine Unfallrente, eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie derartige Leistungen bezogen?		☐ Ja ☐ Nein	
Name der Stelle oder der Einrichtung		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

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
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), Haftlingsgesetz (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 und staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Akten anderer Sozialleistungsträger (z.B. Sozialamt, Jobcenter), erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Therapieberichte, Entlassungsberichte, Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung, Verlaufsdokumentationen von Therapiesitzungen und Röntgenbilder), Landes- und Bundesarchiv, Leistungsauskünfte der Krankenkassen sowie Unterlagen oder Gutachten von Rentenversicherungsträgern, Unfallversicherungen oder anderen Versicherungen.

Die genannten Unterlagen können beigezogen werden, auch wenn sie von anderen Ärztinnen oder Ärzten oder anderen Stellen erstellt worden sind, soweit diese Unterlagen Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände geben können.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren, für ein sich gegebenenfalls anschließendes Nachprüfungs- 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 oben genannten Personen und Einrichtungen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Stimmen Sie der Schweigepflichtentbindungserklärung zu?

☐ Ja

Die jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum:

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der
bevollmächtigten oder betreuenden Person:

.....

.....

Name, Vorname in Druckbuchstaben: