



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

**Antrag für Kriegsgeschädigte der beiden Weltkriege (§§ 21, 22 SGB XIV)**

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

**Art des Antrags**

|                 |                                                                                                                                                                         |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Art des Antrags | <input type="checkbox"/> Erstantrag als geschädigte Person<br><input type="checkbox"/> Erstantrag als hinterbliebene Person<br><input type="checkbox"/> Änderungsantrag |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Beantragende Person**

|                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich für mich selbst<br><input type="checkbox"/> Als Betreuer/in<br><input type="checkbox"/> Als Bevollmächtigte/r<br><input type="checkbox"/> Sonstige: |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Angaben zur antragstellenden Person**

|                                |            |                                                                                                     |     |
|--------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Familiennamen                  |            | 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 |
| 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<br>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<br><input type="checkbox"/> Kindschaftsverhältnis<br><input type="checkbox"/> Elternschaftsverhältnis<br><input type="checkbox"/> Sonstige: |                                                           |
| <b>Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwen-/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"/> Nichtehelich <input type="checkbox"/> Stiefkind<br><input type="checkbox"/> Pflegekind |     |
| Familiennamen der gesetzlichen Vertretung                                                                  | Vornamen der gesetzlichen Vertretung |                                                                                                                                                  |     |
| <b>Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)</b>              |                                      |                                                                                                                                                  |     |
| Familiennamen                                                                                              | Vornamen                             |                                                                                                                                                  |     |
| Straße                                                                                                     | Hausnummer                           | Postleitzahl                                                                                                                                     | Ort |
| Land (falls nicht Deutschland)                                                                             |                                      |                                                                                                                                                  |     |
| Geburtsdatum                                                                                               | Geburtsort                           |                                                                                                                                                  |     |
| Staatsangehörigkeit                                                                                        |                                      |                                                                                                                                                  |     |
| <b>Weitere 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 |
| 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<br><input type="checkbox"/> Kriegsgefangenschaft<br><input type="checkbox"/> Sonstiges schädigendes Ereignis: |
| <b>Dienstleistung in der Wehrmacht oder in militärischen Verbänden</b> |                                                                                                                                                                                                        |
| Beginn des Militärdienstes                                             | Ende des Militärdienstes                                                                                                                                                                               |



|                                                                                   |          |                               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------|-----|
| Einheit (Bundeswehr)                                                              |          |                               |     |
| Letzter Dienstgrad                                                                |          |                               |     |
| Letzte Feldpostnummer oder Personenkennziffer                                     |          |                               |     |
| <b>Kriegsgefangenschaft</b>                                                       |          |                               |     |
| Beginn der Kriegsgefangenschaft                                                   |          | Ende der Kriegsgefangenschaft |     |
| Staat                                                                             |          | Ort                           |     |
| Kriegsgefangenen-Nummer                                                           |          |                               |     |
| <b>Schädigendes Ereignis</b>                                                      |          |                               |     |
| Auf welche schädigenden Ereignisse werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt? |          |                               |     |
| Ereignis                                                                          | Zeitraum | Staat                         | Ort |
| <br><br><br><br><br>                                                              |          |                               |     |
| Ereignis                                                                          | Zeitraum | Staat                         | Ort |
| <br><br><br><br><br>                                                              |          |                               |     |
| Ereignis                                                                          | Zeitraum | Staat                         | Ort |
| <br><br><br><br><br>                                                              |          |                               |     |

**Angaben zu den gesundheitlichen Folgen des schädigenden Ereignisses**

|                                                                                                 |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Zu welchen körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen haben die o.g. Ereignisse geführt? |                                                           |
| <br><br><br><br><br>                                                                            |                                                           |
| 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?                 |                                                           |
| <br><br><br><br><br>                                                                            |                                                           |



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<br><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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                                                           |
| 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<br><input type="checkbox"/> Krankenversicherung<br><input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung<br><input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit<br><input type="checkbox"/> Täterin oder Täter (Schadensersatz/Schmerzensgeld)<br><input type="checkbox"/> Ausländische Entschädigungssysteme<br><input type="checkbox"/> Sonstige Leistungsträger: |                               |                                                           |
| Name der Stelle/Einrichtung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Aktenzeichen/Geschäftszeichen |                                                           |
| Straße                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Hausnummer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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><br><br>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?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                           |
| <b>Angaben zur Behinderung</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |
| Wurde eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name der Behörde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Aktenzeichen                                              |
| <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), Haftlingsgesetz (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                                              |
| <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.

☐ 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, Verlaufsdocumentationen von Therapiesitzungen und Röntgenbilder), 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- sowie Widerspruchsverfahren. 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



**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 Hauptfürsorgestellen,
- 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  
bevollmächtigten oder betreuenden Person:

.....

.....

Name, Vorname in Druckbuchstaben: .....