An das Landratsamt	Eingangsstempel	Aktenzeichen / **VwRehaG-B-W**

ANTRAG

auf Gewährung von Versorgung nach dem Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)

☐ **Beschädigtenversorgung**	☐ **Hinterbliebenenversorgung**	**Zutreffendes bitte ankreuzen** ☐

1. Angaben zur Person der Antragstellerin/des Antragstellers

Name, ggf. Geburtsname		Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, Land (Bitte Geburtsurkunde oder Fotokopie davon einsenden)	
Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden		
Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße):	Staatsangehörigkeit:	Telefonisch zu erreichen unter:

2. Nur ausfüllen, wenn Hinterbliebenenversorgung beantragt wird

Datum und Ort der Eheschließung mit dem/der Verstorbenen nach dem/der Versorgung beantragt wird (Bitte Eheurkunde/Kopie einsenden)

Ist die Ehe mit dem/der Verstorbenen, nach dem/der Versorgung beantragt wird, geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt worden?

☐ Nein ☐ Ja, durch Urteil vom: (Bitte Urteil und – soweit Unterhalt geleistet wurde – Nachweis über Unterhaltsleistungen beifügen)

Haben Sie sich wieder verheiratet? ☐ Nein ☐ Ja

> Ort der Eheschließung (Bitte Eheurkunde/Kopie beifügen) ..... Datum .....

> Name, Vorname des Ehegatten der neuen Ehe ..... geboren .....

> Die neue Ehe ist aufgelöst oder für nichtig erklärt worden durch

☐ Tod des Ehegatten (Bitte Sterbeurkunde/Kopie beifügen)

Datum	Todesursache
.....	.....

☐ Urteil vom (Bitte Urteil beifügen) Rechtskräftig geworden am:

....

Welche Versorgungs-, Renten- oder Unterhaltsansprüche, die sich aus der neuen Ehe herleiten, haben Sie erworben oder durch Antragstellung geltend gemacht?

Art des Anspruchs	Höhe des Anspruchs	Zahlende Stelle mit Geschäftszeichen
.....	.....	.....

Waisen/Kinder des/der Verstorbenen, für die Versorgung beantragt wird (Bitte Geburtsurkunde(n), Schul- und Ausbildungsnachweise oder Kopien davon beifügen)

Name	Vorname	Geburtsdatum	Kindschaftsverhältnis	Schul- oder Berufsausbildung
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Vormund, Pfleger oder Betreuer bestellt ist, bitte Daten des gesetzlichen Vertreters oder des bestellten Pflegers angeben und ggf. Bestallungsurkunde oder Kopie davon vorlegen.

Name	Vorname
.....	.....
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
.....	.....

3. Angaben zur Person des/der Verstorbenen, nach dem/der Versorgung beantragt wird

Name, ggf. Geburtsname	Vorname
.....	.....

Geburtsdatum, Geburtsort, Land (Bitte Geburtsurkunde oder Kopie davon beifügen)

Staatsangehörigkeit

Todestag bzw. Todeszeitpunkt (Bitte Sterbeurkunde oder Kopie davon beifügen)

4. Maßnahmen nach § 1 VwRehaG im Gebiet der ehemaligen DDR einschließlich in Berlin (Ost)

Angaben über Maßnahmen von	bis	Ort der Maßnahme
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Hoheitliche Maßnahme

> Welche Stelle bewirkte Maßnahme?

.....

> Welche(s) Gericht(e) verurteilte(n) Sie?

.....

> Datum und Aktenzeichen des Urteils/der Urteile

.....

> Art der hoheitlichen Maßnahme?

.....

> Was wurde Ihnen vor Einleitung der Maßnahme vorgeworfen?

.....

> Wie wurde die hoheiltiche Maßnahme schließlich begründet?

.....

5. Angaben zur Schädigung

Angaben der Körperschäden, für die Versorgung beantragt wird

.....

.....

.....

Auf welches Ereignis bzw. auf welche Umstände werden die Körperschäden zurückgeführt (bitte genaue Schilderung mit Angaben von Ort, Zeit und ggf. Zeugen)? Falls Platz nicht ausreicht, Fortsetzung auf gesondertem Blatt.

.....

.....

.....

.....

Welche Körperschäden haben bereits vor der hoheitlichen Maßnahme/Schädigung vorgelegen? Sind diese durch Einflüsse der Maßnahme verschlimmert worden?

.....

.....

6. Angaben über ärztliche und sonstige Behandlungen sowie über die Krankenversicherung

Waren Sie wegen der geltend gemachten Körperschäden während der Dauer der Maßnahme bzw. nach dem Ende der Maßnahme nach Eintritt der schädigenden Ereignisse in ärztlicher Behandlung?

von	bis	Name und Anschrift des Arztes	Grund der Behandlung
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Name, Anschrift des derzeit behandelnden Hausarztes

.....

Welcher Krankenkasse haben Sie als Mitglied angehört vor der Maßnahme?

.....

Welcher Krankenkasse gehören Sie jetzt an?

.....

7. Sonstige Angaben

Haben Sie wegen der Körperschäden, für die Sie Versorgung beantragen, auch bei anderen Stellen Ansprüche angemeldet oder ist Ihnen bekannt, dass bei einer anderen Behörde von Amts wegen (ohne Antrag) ein entsprechendes Verwaltungsverfahren durchgeführt wird bzw. wurde?

☐ Nein ☐ Ja Name/Anschrift der Stelle/Geschäftszeichen

.....

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

....

Haben Sie bereits früher einen Antrag auf Versorgung nach dem VwRehaG gestellt?

☐ Nein ☐ Ja Stelle/Geschäftszeichen

.....

.....

Haben Sie die Feststellung von Behinderungen nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) beantragt?

☐ Nein ☐ Ja Stelle/Geschäftszeichen

.....

.....

Ist bereits ein Rehabilitationsbeschluß ergangen?

☐ Nein ☐ Ja Von welcher Stelle am (bitte Beschluß oder Kopie davon beifügen)?

.....

.....

Eventuell zustehende Versorgungsbezüge sollen auf das nachstehende Konto überwiesen werden:

Geldinstitut Bankleitzahl

....

Name des Kontoinhabers Vorname

....

PLZ, Ort Straße, Hausnummer

....

8. Erklärung

Ich versichere Ihnen, daß ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Versorgung nach dem VwRehaG gestellt habe. Mir ist bekannt, daß wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Ich versichere ferner, daß ich in den Jahren der SED-Herrschaft nicht als inoffizielle(r) oder offizielle(r) Mitarbeiter/in des Ministeriums für Staatssicherheit gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder Rechtsstaatlichkeit verstoßen oder in schwerwiegendem Maße meine Stellung zum eigenen Vorteil oder zum Nachteil anderer mißbraucht habe.

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß die für die Bearbeitung zuständige Stelle die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und die bei Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Rehabilitationsträgern geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder) zur Einsicht beizieht. Ich stimme der Verwendung dieser Unterlagen zu und entbinde die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.
Änderungen in den Verhältnissen, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

Als Anlagen füge ich bei

☐ Rehabilitationsentscheidung	☐	☐
☐	☐	☐

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters .....

Hinweis zum Datenschutz

Ihre Angaben werden erfaßt und mit Hilfe der Datenverarbeitungsanlage gespeichert. Nach § 9 Absatz 2 des Bundesdatenschutzgesetzes wird darauf hingewiesen, daß diese Angaben zur rechtmäßigen Erfüllung der zugewiesenen Aufgaben erforderlich und Sie zur Mitteilung dieser Angaben verpflichtet sind.