

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

Gesundheitliche Schädigung im Zusammenhang mit der Ableistung des Zivildienstes § 23 SGB XIV

Hier bitte Name / Adresse der Versorgungsbehörde eintragen	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
Adresszusatz				
Postfach		Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift		Staat		
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
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift	Staat		
Telefonnummer	E-Mail-Adresse		

Angaben zur verstorbenen Person (nur als hinterbliebene Person auszufüllen)

Familiennamen		Geburtsname	
Vornamen			
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers		
Letzter Wohnsitz/gewöhnlicher Aufenthalt		☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift	Staat		
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	
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 ☐ Nichteelich ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind	
Familiennamen der gesetzlichen Vertretung		Vornamen der gesetzlichen Vertretung	
Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Halbwaise“ und „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
Familiennamen		Vornamen	
Wo befindet sich die Anschrift?		☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
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
Adresszusatz			
Haben Sie oder hatte die verstorbene Person Anspruch auf Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen?			☐ Ja ☐ Nein
Name der Rentenversicherung		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße		Hausnummer	Postleitzahl Ort
Anschrift Zusatzangaben			

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
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit			

Gesundheitliche Schädigung im Zusammenhang mit der Ableistung des Zivildienstes

Angaben zur bisherigen Tätigkeit	
Haben Sie unmittelbar vor Einberufung zum Zivildienst eine berufliche Tätigkeit ausgeübt?	☐ Ja ☐ Nein
Name des letzten Arbeitgebers	
Wo befindet sich die Anschrift des letzten Arbeitgebers? ☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland	

Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
Angaben zur derzeitigen Tätigkeit			
Üben Sie derzeit eine berufliche Tätigkeit aus?			☐ Ja ☐ Nein
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.			
Sind Sie an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen interessiert?			☐ Ja ☐ Nein
Erläutern Sie, warum Sie nicht an Berufsförderungsmaßnahmen interessiert sind.			
Angaben zum Zivildienst			
Beginn Zivildienst		Ende Zivildienst	
Name der Einrichtung, in der Sie Zivildienst geleistet haben			
Wo befindet sich die Anschrift? ☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
Personenkennziffer		Ende der Dienstbezüge (Datum)	
Angaben zu Schädigungen oder Gesundheitsstörungen			
Welche Gesundheitsstörungen machen Sie geltend?			
Werden die angegebenen Gesundheitsstörungen voraussichtlich für die Dauer von mehr als sechs Monaten bestehen bleiben?			☐ Ja ☐ Nein
Auf welches schädigende Ereignis werden die Körperschäden zurückgeführt?			
Tatzeit (Datum)	Tatzeit (Uhrzeit)	Tatort	

Gibt es Zeugen für das Geschehen?			☐ Ja ☐ Nein	
Name und Anschrift der Zeugen (soweit bekannt)				
1.				
2.				
3.				
Angaben zum Verkehrsunfall				
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	
Adresszusatz				
Postfach		Postleitzahl	Ort	
Wird die Angelegenheit bereits von einer Staatsanwaltschaft bearbeitet?			☐ Ja ☐ Nein	
Aktenzeichen/Geschäftszeichen				
Wird der Schadensfall bereits vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bearbeitet?			☐ Ja ☐ Nein	
Aktenzeichen/Geschäftszeichen				
Angaben zur Krankenversicherung				
Form der Krankenversicherung ☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Nicht versichert				
Hat dieses Versicherungsverhältnis während des Zivildienstes weiter bestanden?			☐ Ja ☐ Nein	
Besteht dieses Versicherungsverhältnis heute noch?			☐ Ja ☐ Nein	
Form der Krankenversicherung seit Beendigung des Zivildienstes		☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert ☐ privat versichert ☐ keine Angaben		
Name der Krankenversicherung				
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
Adresszusatz				
Postfach		Postleitzahl	Ort	
Mitgliedschaft seit (Datum)		Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer		
Haben Sie aufgrund vertraglicher Abmachungen Anspruch auf Krankenbehandlung bzw. Heilbehandlung gegen einen Dritten?			☐ Ja ☐ Nein	
Waren Sie aufgrund der Folgen des schädigenden Ereignisses in stationärer oder ambulanter Behandlung?			☐ Ja ☐ Nein	
Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung aufgrund des schädigenden Ereignisses				

Name des Krankenhauses oder der ärztlichen Ansprechperson			
Wo befindet sich die Anschrift?		☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
Beginn der Behandlung		Ende der Behandlung	
Beginn der Behandlung		Ende der Behandlung	
Körperschäden und Behandlungen vor dem schädigenden Ereignis			
Haben Sie vor dem schädigenden Ereignis bereits Körperschäden oder Gesundheitsstörungen gehabt?			☐ Ja ☐ Nein
Welche Körperschäden oder Gesundheitsstörungen haben bereits vor dem schädigenden Ereignis bestanden?			
Waren Sie vor dem schädigenden Ereignis bereits in stationärer oder ambulanter Behandlung?			☐ Ja ☐ Nein
Aufgrund welcher Krankheit waren Sie in stationärer oder ambulanter Behandlung?			
Name des Krankenhauses oder der ärztlichen Ansprechperson			
Wo befindet sich die Anschrift?		☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
Beginn der Behandlung		Ende der Behandlung	
Beginn der Behandlung		Ende der Behandlung	
Angaben zum Hausarzt			
Familienname Ihres Hausarztes		Vornamen Ihres Hausarztes	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		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
Adresszusatz			
Postfach		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), Häftlingsgesetz (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 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
Von dieser Schweigepflichtentbindungserklärung schließe ich ausdrücklich aus:	

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:

.....