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

Beschädigtenversorgung nach dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (StrREhaG) und dem verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)

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)

Familienname	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 ☐ 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

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			

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
Adresszusatz			
Auslandsanschrift		Staat	
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
Adresszusatz			
Postfach		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
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
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
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
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
Adresszusatz			
Postfach		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
Adresszusatz			
Postfach		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
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		
Hinweis zu weiteren Leistungen des SGB XIV Kapitel 6 und Kapitel 11: 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 Ärzten/Ärztinnen 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:

…….…… ……..