

Antrag auf Entschädigung

Anti-D-Hilfegesetz (AntiDHG)

Schädigungen durch eine Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus bei der Anti-D-Immunprophylaxe in der ehemaligen DDR

Antrag für Witwen / Witwer / hinterbliebene Lebenspartner

Wer Sozialleistungen beantragt, muss gemäß § 60 Sozialgesetzbuch - Erster Teil - alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen angeben. Wir bitten Sie daher, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten (Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen) und den Antrag unterschrieben an die oben genannte Behörde zu senden. Sollten Sie einen Rechtsanwalt/Bevollmächtigten mit der Wahrnehmung Ihrer Interessen beauftragt haben bzw. noch beauftragen, bitten wir diesen von der Antragstellung zu unterrichten.

Ihre Angaben sind aufgrund des AntiDHG für die Entscheidung über Ihren Antrag erforderlich. Dem Antragsformular liegt eine Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung und ein Informationsblatt zum Datenschutz bei.

1. Angaben zur verstorbenen Person

Zu- und Vorname		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	Todestag (Sterbeurkunde beifügen)	Letzte Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort)		

2. Angaben zur Witwe/zum Witwer/zur hinterbliebenen Lebenspartnerin/zum hinterbliebenen Lebenspartner

Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname und frühere Namen		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort)	Telefon/E-Mail (freiwillige Angabe)		
Tag und Ort der Eheschließung/der Eintragung der Lebenspartnerschaft mit der verstorbenen Person (Amtliche Urkunde beifügen.)				
Stehen Sie unter Betreuung? (ggf. Betreuungsausweis beifügen)				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

3. Alle ärztlichen ambulanten/stationären Behandlungen der verstorbenen Person vor dem Tod

Behandlungsursache (Gesundheitsstörung/Krankheit)	von – bis	Anschrift Arzt/Krankenhaus

4. Krankenversicherung der verstorbenen Person

Name/Anschrift der Krankenversicherung/Beihilfestelle/Heilfürsorgestelle	
<input type="checkbox"/> im Zeitpunkt des Todes	
<input type="checkbox"/> im Zeitraum davor	

5. Datenaustausch mit anderen Sozialleistungsträgern

Ich nehme zur Kenntnis, dass die medizinischen Auskünfte und Unterlagen, die der Kommunale Sozialverband Sachsen im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem AntiDHG erhalten hat, nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden dürfen, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung der betroffenen Leistungsträger erforderlich ist (§§ 69 Abs. 1, 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Dieser Datenübermittlung kann hier und jederzeit widersprochen werden. / Ich erhebe diesbezüglich Widerspruch.

6. Platz für zusätzliche Angaben

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Leistungen, die aufgrund meiner Angaben zu Unrecht erbracht wurden, werden zurückgefordert.

Datum	Ihre Unterschrift / Unterschrift des Vertretenden

Folgende Unterlagen liegen dem Antrag bei: