

Antrag auf Entschädigung

Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (Soziale Entschädigung - SGB XIV)

Schädigungen durch Auswirkungen beider Weltkriege

Antrag für eine unmittelbar selbst geschädigte Person

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 an die oben genannte Behörde zu senden. Sollten Sie einen Bevollmächtigten, bspw. einen Rechtsanwalt, mit der Wahrnehmung Ihrer Interessen beauftragt haben bzw. noch beauftragen, bitten wir diesen von der Antragstellung zu unterrichten.

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

1. Angaben zur Person

Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname und frühere Namen		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit			
<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/>	Ich halte mich in Deutschland auf seit (TT/MM/JJJJ):		
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort)		Telefon/E-Mail (freiwillige Angabe)		
Stehen Sie unter Betreuung? (ggf. Betreuungsausweis beifügen)			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie minderjährig (noch keine Vollendung des 18. Lebensjahres)?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name/ggf. Anschrift des ersten Personensorgeberechtigten		Name/ggf. Anschrift des zweiten Personensorgeberechtigten		
.....		
<input type="checkbox"/> Anschrift wie der/die Beschädigte		<input type="checkbox"/> Anschrift wie der/die Beschädigte		
<input type="checkbox"/> Elternteil / <input type="checkbox"/> Großelternteil / <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Elternteil / <input type="checkbox"/> Großelternteil / <input type="checkbox"/>		

2. Dienst in der Deutschen Wehrmacht oder in militärischen Verbänden / Kriegsgefangenschaft / Internierung

2.1. Wann und zu welchem Truppenteil sind Sie einberufen worden?		
2.2. Bei welchem weiteren Truppenteil haben Sie gedient?		
von - bis	Wehrmachtsteil, Waffengattung usw.	Dienstgrad, Funktion u. ä.
2.3. Fronteinsatz		
von - bis	Frontabschnitt	

2.4. Kriegsgefangenschaft/Internierung	
von - bis	Name/Land/Ort des Lagers, Gefangenenummer usw.

3. Schädigendes Ereignis im Zusammenhang mit den Weltkriegen (ggf. auch als Zivilperson)

3.1. Wann und wo hat das schädigende Ereignis im Zusammenhang mit den Weltkriegen stattgefunden?	
Datum, Schädigungsort	
3.2. Wie hat sich das schädigende Ereignis zugetragen? Wie wurde die Schädigung herbeigeführt? Handelt es sich bspw. um eine nachträgliche Auswirkung eines kriegseigentümlichen Gefahrenbereichs (Fundmunition)?	
3.3. Welche Nachweise besitzen Sie oder welche Zeugen einschließlich deren Anschriften können Sie benennen?	
3.4. Besteht ein Zusammenhang zwischen dem schädigenden Ereignis und der Berufsausübung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

4. Körperschäden/Gesundheitsstörungen im Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis

Bitte auch die Auswirkungen im täglichen Leben beschreiben.

5. Psychotherapeutische Intervention als Schnelle Hilfe in einer Traumaambulanz

<input type="checkbox"/> Ich benötige psychotherapeutische Hilfe in einer Traumaambulanz; ich bin diesbezüglich in keiner Behandlung.
Ich habe bereits Kontakt aufgenommen zu folgender Traumaambulanz:

6. Berufstätigkeit

vor dem schädigenden Ereignis		nach dem schädigenden Ereignis	
Zeitraum	ausgeübte Berufe/Tätigkeiten	Zeitraum	ausgeübte Berufe/Tätigkeiten
Unmittelbar vor/nach der Schädigung war ich			
<input type="checkbox"/> arbeitssuchend	von – bis / seit	Jobcenter/Arbeitsagentur:	
<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig erkrankt	von – bis / seit	Grund:	
<input type="checkbox"/>	von – bis / seit	Grund:	
Wirk(t)en sich die geltend gemachten Gesundheitsstörungen auf Ihre Berufstätigkeit aus?			
<input type="checkbox"/> Ja und zwar folgendermaßen und in folgenden Zeiträumen:			<input type="checkbox"/> Nein

7. Körperschäden/Gesundheitsstörungen die bereits v o r dem schädigenden Ereignis vorgelegen haben

Körperschäden/Gesundheitsstörungen	von – bis	Anschrift Arzt/Krankenhaus

8. Ärztliche Behandlungen n a c h dem schädigenden Ereignis (ambulant/stationär)

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

9. Kontaktdaten meiner Hausarztpraxis

--

10. Zugehörigkeit zu Krankenversicherungen

Ich bin derzeit			
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert.	<input type="checkbox"/> gesetzlich familienversichert.	<input type="checkbox"/> privat versichert.	<input type="checkbox"/> Anspruch auf Beihilfe/Heilfürsorge
Kontaktdaten der Krankenversicherung			Mitglied seit
Kontaktdaten vorheriger Krankenversicherungen			Zeiträume

11. Bezug/Beantragung von anderen Leistungen

11.1. Liegt eine anerkannte Behinderung vor oder haben Sie eine solche Feststellung beantragt (Grad der Behinderung)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behörde:	Aktenzeichen:
11.2. Liegt Pflegebedürftigkeit vor oder haben Sie einen Pflegegrad beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pflegekasse:	Pflegegrad: Aktenzeichen:
11.3. Beziehen Sie Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, Betriebsrenten o. ä.?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Versicherungsträger:	Aktenzeichen:
11.4. Beziehen Sie Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Versorgungsträger:	Aktenzeichen:
11.5. Beziehen Sie bereits Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (neu – SGB XIV; alt – Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz; Soldatenversorgungsgesetz; Häftlingshilfegesetz; Strafrechtliches oder Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz) oder wurden von Ihnen entsprechende Leistungen beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behörde:	Aktenzeichen:

12. Datenaustausch mit anderen Sozialleistungsträgern

<p>Ich nehme zur Kenntnis, dass die medizinischen Auskünfte und Unterlagen, die der Kommunale Sozialverband Sachsen im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB XIV 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. / <input type="checkbox"/> Ich erhebe diesbezüglich Widerspruch.</p>
--

13. 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: