

Antrag auf Entschädigung

Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (Soziale Entschädigung - SGB XIV)

Schädigungen durch Schutzimpfungen/andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

Antrag für Witwen / Witwer / Partner eheähnlicher Gemeinschaften

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/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	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

2.1 Witwen/Witwer/hinterbliebene Lebenspartner

Tag und Ort der Eheschließung/der Eintragung der Lebenspartnerschaft mit der verstorbenen Person (Amtliche Urkunde beifügen.)	
Wurde die Ehe/Lebenspartnerschaft mit der verstorbenen Person vor deren Tod geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?	
<input type="checkbox"/> Ja, am (Amtliche Urkunde beifügen.)	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie nach dem Tode der verstorbenen Person erneut eine Ehe/Lebenspartnerschaft geschlossen?	
<input type="checkbox"/> Ja, am (Amtliche Urkunde beifügen.)	<input type="checkbox"/> Nein
Leben minderjährige Kinder in Ihrem Haushalt?	
<input type="checkbox"/> Ja Anzahl	Kindschaftsverhältnis zur verstorbenen Person
	<input type="checkbox"/> leiblich <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> sonstiges
	<input type="checkbox"/> Nein

2.2 Hinterbliebene Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft

Lebten Sie mit der verstorbenen Person in einer eheähnlichen Gemeinschaft?	
<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="checkbox"/> Nein
Betreuen Sie unter Verzicht auf eine Erwerbstätigkeit ein gemeinschaftliches Kind in dessen ersten drei Lebensjahren?	
<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="checkbox"/> Nein
	Name/Geburtsdatum des Kindes (Geburtsurkunde beifügen)
Haben Sie nach dem Tode der verstorbenen Person eine Ehe/Lebenspartnerschaft geschlossen?	
<input type="checkbox"/> Ja, am (Amtliche Urkunde beifügen.)	<input type="checkbox"/> Nein

3. Schädigendes Ereignis (Schutzimpfung/Maßnahme der spezifischen Prophylaxe der verstorbenen Person)

Datum	Art der Impfung/Maßnahme	Bundesland/Ort	Arzt/Einrichtung
Wurde die Impfung/Maßnahme im Zusammenhang mit einer Berufsausübung erbracht?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

4. Körperschäden/Gesundheitsstörungen/Todursache im Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis

Beschreibung des ursächlichen Zusammenhangs mit dem schädigenden Ereignis und Auswirkungen im täglichen Leben der verstorbenen Person

5. Gesundheitsstörungen der verstorbenen Person, die bereits v o r dem schädigenden Ereignis vorlagen

Körperschäden/Gesundheitsstörungen	von – bis	Anschrift Arzt/Krankenhaus

6. Ärztliche Behandlungen der verstorbenen Person n a c h dem schädigenden Ereignis (ambulant/stationär)

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

7. Krankenversicherung der verstorbenen Person

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

8. Kosten der Überführung und Bestattung für die verstorbene Person

Ich beantrage Leistungen für die Überführung und die Bestattung nach dem SGB XIV.
Der KSV Sachsen wird so schnell wie möglich Kontakt zu Ihnen aufnehmen. Entsprechende Leistungen Dritter aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften werden angerechnet.

9. Psychotherapeutische Intervention als Schnelle Hilfe in einer Traumaambulanz

Ich benötige psychotherapeutische Hilfe in einer Traumaambulanz; ich bin diesbezüglich in keiner Behandlung.
Ich habe bereits Kontakt aufgenommen zu folgender Traumaambulanz:

10. Bezug/Beantragung von anderen Leistungen

10.1. Haben Sie wegen des Todes Ihres Angehörigen bei einer anderen Behörde einen Antrag auf Entschädigung gestellt? Behörde: _____ Aktenzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10.2. 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? Behörde: _____ Aktenzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

11. 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 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. / Ich erhebe diesbezüglich Widerspruch.

12. 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: