

## Antrag auf Entschädigung

### Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (Soziale Entschädigung - SGB XIV)

### Schädigungen durch Ableistung des Zivildienstes

### 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   |

#### 2. Zugehörigkeit zur Zivildienststelle

|   |                           |          |
|---|---------------------------|----------|
| Zivildienst-Nummer:                       |                           |          |
| Ich habe Zivildienst geleistet            |                           |          |
| von - bis (einschließlich Entlassungstag) | Dienststelle / Bundesland | Funktion |
|   |                           |          |
|   |                           |          |
|   |                           |          |

#### 3. Schädigendes Ereignis

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>3.1. Wann und wo hat das schädigende Ereignis stattgefunden?</b><br>Datum, Uhrzeit und Einsatzort |  |  |   |
|  |  |  |   |
| <b>3.2. Das schädigende Ereignis hat sich zugetragen</b>   |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> während der Ausübung des Zivildienstes.                                     | <input type="checkbox"/> in der dienstfreien Zeit. | <input type="checkbox"/> während eines mit dem Zivildienst zusammenhängenden Weges von/zur Dienststelle. | <input type="checkbox"/> während einer Fahrt von/zur Familienwohnung. |
| Anschrift im Zeitpunkt des schädigenden Ereignisses (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)                     |  |  |   |
|  |  |  |   |

**3.3. Wie hat sich das schädigende Ereignis zugetragen? Wie wurde die Schädigung herbeigeführt?**

Bitte möglichst genaue und eingehende Schilderung, ggf. auf gesondertem Blatt

**3.4. Ist die Schädigung auf einen Unfall durch Dritte oder einen tätlichen Angriff zurück zu führen?**  Ja  Nein

- verursacht durch .....  
Name und Anschrift des Schadensverursachers und ggf. dessen Haftpflichtversicherers
- Verursacher unbekannt

**3.5. Wurde der Unfall/tätliche Angriff polizeilich aufgenommen?**

- Ja, bei .....  Nein  
Aktenzeichen/Tagebuchnummer

**3.6. Welche Zeugen einschließlich deren Anschriften können Sie benennen?****3.7. Wurde Strafanzeige gegen den Schadensverursacher erstattet?**

- Ja, am ..... bei .....  Nein, weil .....

**3.8. Ist im Zusammenhang mit dem Schaden ein straf- und/oder zivilgerichtliches Verfahren durchgeführt worden oder noch anhängig? (siehe hier auch Nr.12)**

- Ja, bei .....  Nein Haben Sie sich bereits außergerichtlich mit dem Schadensverursacher geeinigt?
- Aktenzeichen: .....  Ja  Nein

**3.9. Haben Sie einen Rechtsanwalt zur Interessenwahrnehmung gegenüber dem Schadensverursacher beauftragt?**

Name, Anschrift, Aktenzeichen

**3.10. Haben Sie wegen der Schädigung Ansprüche gegen eine eigene private Versicherung?**

- Ja, gegen .....  Nein  
Aktenzeichen: .....
- Sind derartige Ansprüche bereits geltend gemacht worden?  Ja  Nein  
Wurden von dieser Versicherung bereits Leistungen bezogen?  Ja  Nein
- am ..... in Höhe von .....€

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

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

- Eine ärztliche Bescheinigung über den Gesundheitszustand nach Beendigung des Zivildienstes liegt diesem Antrag bei.

**5. 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: .....

**6. Angaben zur Berufstätigkeit**

| vor dem Zivildienst  |                              | nach dem Zivildienst      |                               |
|--|------------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| Zeitraum   | ausgeübte Berufe/Tätigkeiten | Zeitraum                  | ausgeübte Berufe/Tätigkeiten  |
|  |                              |                           |                               |
| Unmittelbar <b>vor/nach</b> 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:                    |                               |
| <b>Wirk(t)en sich die geltend gemachten Gesundheitsstörungen auf Ihre Berufstätigkeit aus?</b> |                              |                           |                               |
| <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 w ä h r e n d des Zivildienstes und n a c h dem Zivildienst**

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

**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**

|  |   |
|--|---|
| <b>11.1. Liegt eine anerkannte Behinderung vor oder haben Sie eine solche Feststellung beantragt (Grad der Behinderung)?</b> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Behörde:   | Aktenzeichen:   |
| <b>11.2. Liegt Pflegebedürftigkeit vor oder haben Sie einen Pflegegrad beantragt?</b>  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Pflegekasse:   | Pflegegrad:      Aktenzeichen:                            |

|   |   |
|---|---|
| <b>11.3. Beziehen Sie Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, Betriebsrenten o. ä.?</b>  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Versicherungsträger:  | Aktenzeichen:   |
| <b>11.4. Beziehen Sie Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen?</b>  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Versorgungsträger:  | Aktenzeichen:   |
| <b>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?</b> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Behörde:  | Aktenzeichen:   |
| <b>11.6. Haben Sie bereits einen Antrag auf Ausgleich für die Folgen einer Zivildienstbeschädigung für die Zeit bis zur Beendigung des Zivildienstes beim Bundesamt für Zivildienst gestellt?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

## 12. 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.

## 13. Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Träger der Sozialen Entschädigung

Nach § 120 SGB XIV gehen gesetzliche Schadenersatzansprüche, die Sie gegen den/die Schadensverursacher haben, auf den Träger der Sozialen Entschädigung über, soweit Ihnen der Kommunale Sozialverband Sachsen wegen des Gesundheitsschadens Leistungen zu gewähren hat, die die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen ausgleichen sollen. Sie oder beauftragte Dritte dürfen daher über Schadenersatzansprüche gegen den/die Schadensverursacher insoweit nicht mehr verfügen, insbesondere keinen Vergleich schließen oder Zahlungen entgegennehmen, sofern hierdurch die auf den Kommunalen Sozialverband Sachsen übergegangenen Schadenersatzansprüche berührt werden. Ein Verstoß dagegen kann eine Schadenersatzpflicht Ihrerseits gegenüber dem Kommunalen Sozialverband Sachsen begründen. Mögliche Ansprüche auf Schmerzensgeld und Ersatz von Sachschäden (ausgenommen die am Körper getragenen Hilfsmittel, Brillen, Kontaktlinsen oder Zahnersatz) dürfen jedoch ohne Einschränkung selbst gegenüber dem Schadensverursacher geltend gemacht werden. Bei Zweifelsfragen (insbesondere hinsichtlich der Sachschäden) lassen Sie sich bitte vom Kommunalen Sozialverband Sachsen beraten.

## 14. 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:  Dienstzeitbescheinigung  ärztliche Bescheinigung