

# Antrag auf Entschädigung

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

### Schädigungen durch Schutzimpfungen/andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

### Antrag für Waisen

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 Waise

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)		

Art des Kindschaftsverhältnisses zur verstorbenen Person: <input type="checkbox"/> leiblich <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> sonstiges .....		
Derzeit befinde ich mich in Schul-/Berufsausbildung, im Studium, im Freiwilligendienst, in Warte-/Übergangszeit oder ähnliches:		
Zeitraum	Art der Beschäftigung / Grund	
Liegt eine anerkannte Behinderung vor oder haben Sie eine solche Feststellung beantragt (Grad der Behinderung)?		
	<input type="checkbox"/> Ja, bei folgender Behörde .....	<input type="checkbox"/> Nein
Liegt Pflegebedürftigkeit vor oder haben Sie einen Pflegegrad beantragt?		
	<input type="checkbox"/> Ja, bei folgender Pflegekasse .....	<input type="checkbox"/> Nein
Stehen Sie unter Betreuung? (ggf. Betreuungsausweis beifügen)		
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie minderjährig (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 die verstorbene Person		<input type="checkbox"/> Anschrift wie die verstorbene Person
<input type="checkbox"/> Elternteil / <input type="checkbox"/> Großelternanteil / <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> Elternteil / <input type="checkbox"/> Großelternanteil / <input type="checkbox"/> .....

**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**

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