

## Antrag auf Entschädigung

### Gesetz über die Aufhebung rechtsstaatswidriger Verwaltungsentscheidungen im Beitrittsgebiet und die daran anknüpfenden Folgeansprüche (Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz – VwRehaG) in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (Soziale Entschädigung - SGB XIV)

### Antrag für eine unmittelbar selbst geschädigte Person (§ 3 VwRehaG)

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 der §§ 1 ff. VwRehaG i. V. m. dem SGB XIV für die Entscheidung über Ihren Antrag erforderlich. Dem Antragsformular liegt eine Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung 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. Schädigendes Ereignis / rechtsstaatswidrige Verwaltungsentscheidung vor dem 03.10.1990

--

#### 3. Rehabilitierungsentscheidung

<b>Liegt eine Rehabilitierungsentscheidung über die Aufhebung oder die Feststellung der Rechtsstaatswidrigkeit der Verwaltungsentscheidung aus der Zeit vor dem 03.10.1990 vor?</b>	
<input type="checkbox"/> Ja, durch Entscheidung der Rehabilitierungsbehörde in .....	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Die Rehabilitierungsentscheidung ist dem Antrag beigelegt.	Bitte einen Antrag bei der zuständigen Rehabilitierungsbehörde stellen und die Entscheidung nachreichen.

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

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

**5. Wann und auf welche Art und Weise sind die Körperschäden/Gesundheitsstörungen eingetreten?**

--

**6. Berufstätigkeit**

vor der Verwaltungsentscheidung		nach der Verwaltungsentscheidung	
Zeitraum	ausgeübte Berufe/Tätigkeiten	Zeitraum	ausgeübte Berufe/Tätigkeiten
<p><b>Wirk(t)en sich die geltend gemachten Gesundheitsstörungen auf Ihre Berufstätigkeit aus?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja und zwar folgendermaßen und in folgenden Zeiträumen:</p>			
			<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. Ärztlichen Behandlungen n a c h dem schädigenden Ereignis (ambulant/stationär)**

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: _____	

**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. 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: