

Antrag* nach dem BVG – Geschädigte

Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz - BVG)

* **verwendbar im Hinblick auf das Urteil des BSG vom 27.09.2018 – B 9 V 2/17 R („Internierung/Semipalatinsk“).**

Antrag senden an

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Fachbereich 4 - Soziales Entschädigungsrecht
Reichsstraße 3
09112 Chemnitz

Eingangsvermerk des KSV Sachsen

I. Angaben zur Person

1. <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> divers Name, Vorname:		Geburtsname oder früherer Name:	
2. Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ), Geburtsort: (Bitte fügen Sie eine Kopie der Geburtsurkunde bei)		3. *Freiwillige Angaben Telefonnummer (tagsüber):* E-Mail-Adresse:*	
4. Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben		seit:	Zahl der Kinder:
5. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt:	Straße und Hausnummer:	Postleitzahl:	Wohnort:
6. Staatsangehörigkeit: (Bitte fügen Sie eine Kopie des Personalausweises / Reisepasses bei.)	<u>Falls ausländische(r) Antragsteller/Antragstellerin aus einem Nicht-EU-Mitgliedsstaat sind:</u> <input type="checkbox"/> in der BRD ununterbrochen wohnhaft seit: <input type="checkbox"/> Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland seit: (Bitte fügen Sie ggf. eine Kopie Ihres Aufenthaltstitels bzw. der Aufenthaltsgestattung bei.)		
7. <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter/gesetzliche Vertreterin ODER <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter/Bevollmächtigte <input type="checkbox"/> Betreuer/Betreuerin (Bitte fügen Sie eine Kopie der Vollmacht bei) Name, Vorname und Anschrift: (Bitte fügen Sie eine Kopie der Bestellungsurkunde bzw. des Betreuerausweises bei)			

II. Angaben zum schädigenden Vorgang*

1. Beschreibung des schädigenden Vorgangs:

Auf welchen schädigenden Vorgang führen Sie die gesundheitliche Schädigung zurück (soweit möglich geben Sie bitte Monat und Jahr des schädigenden Vorgangs an)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(Soweit behördliche Bescheinigungen / Ausweise vorliegen, die im Zusammenhang mit den schädigenden Vorgängen stehen, legen Sie diese bitte in Kopie bei.)

2. Wohn- bzw. Aufenthaltsort zum Zeitpunkt des schädigenden Vorgangs:

Bitte geben Sie den Wohn- bzw. Aufenthaltsort (soweit möglich Angabe von Unionsrepublik, Autonome Region, Oblast, Bezirk, Ort, Straße, o. ä.) zum Zeitpunkt des Einwirkens des schädigenden Vorgangs an. Soweit Sie ein mehrjähriges Geschehnis geltend machen, bitten wir Sie die Wohnorte möglichst nach Monaten / Jahren getrennt auszuführen (z. B. Jahr 1955 wohnhaft Musterbezirk, Musterstadt, Musterstraße; Jahr 1956 wohnhaft in Musterstadt Musterstraße, etc.) *

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(Soweit behördliche Meldeunterlagen für die genannten Zeiträume vorliegen, legen Sie diese bitte in Kopie bei.)

*Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.

3. Angaben zur persönlichen Anspruchsberechtigung:

Sind Sie als Aussiedler im Sinne des § 1 Abs. 2 Nr. 3 oder als Spätaussiedler im Sinne des § 4 des Gesetzes über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge (Bundesvertriebenengesetz - BVFG) anerkannt?

ja mit Bescheinigung vom: Aktenzeichen:

(Bitte fügen Sie eine Kopie der Bescheinigung gem. § 15 BVFG bei.)

nein

Falls nein: Sind Sie als Vertriebener / Heimatvertriebener / Sowjetzonenflüchtling im Sinne des Gesetzes über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge (Bundesvertriebenengesetz - BVFG) anerkannt?

ja mit Ausweis vom: Aktenzeichen:

(Bitte fügen Sie eine Kopie des Ausweises A, B oder C „Flüchtlings- oder Vertriebenenausweis“ bei.)

nein, Gründe **(bitte erläutern)**

.....
.....

4. Angaben zu den Arbeits- und Lebensumständen am Ort des schädigenden Vorgangs:

Bitte beschreiben Sie die Lebens- und Arbeitssituation Ihrer Eltern und Ihre persönliche Lebens- und Arbeitssituation in den unter Ziffer II. 2. genannten Jahren an den benannten Orten. Gehen Sie bitte insbesondere darauf ein, wann und unter welchen Umständen Ihre Eltern bzw. Sie in die genannten Orte gelangten und unter welchen Umständen Sie dort lebten.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

*Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.

III. Angaben zu Gesundheitsstörungen/Schädigungen*

1. Zu welchen körperlichen und/oder seelischen Gesundheitsstörungen hat der schädigende Vorgang geführt?*

.....
.....
.....
.....
.....

2. Liegen diese heute noch vor?*

ja, folgende: nein

.....
.....
.....
.....

3. Sind Sie krankenversichert?

ja falls ja: gesetzlich privat
 nein

derzeitige Krankenkasse: Mitglied seit:

ggf. frühere Krankenkassen:

IV. Angaben zu ärztlichen Behandlungen der Gesundheitsstörungen /Schädigungen*

1. **Erstmalige** stationäre / ambulante Behandlung wegen der oben genannten körperlichen und/oder seelischen Gesundheitsstörungen:* Wann wurden Sie wegen der oben genannten körperlichen und/oder seelischen Gesundheitsstörungen **erstmalig** ärztlich behandelt?

von-bis: Name, Anschrift des Arztes/ Krankenhauses / der Reha-Einrichtung: ggf. Abteilung / Station:

.....

2. **Weitere** stationäre / ambulante Behandlung wegen der oben genannten körperlichen und/oder seelischen Gesundheitsstörungen:*

von-bis: Name, Anschrift Hausarzt/behandelnde(r) Arzt/Ärztin/Psychotherapeut/in: ggf. Fachrichtung:

.....
.....

3. Welche der unter Ziffer III geltend gemachten Gesundheitsstörungen/Schädigungen haben bereits vor dem schädigenden Vorgang bestanden (ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung)?*

keine folgende:

Name, Anschrift
Arzt/Ärztin/Psychotherapeut/in: Behandlung von - bis: wegen welcher Gesundheitsstörung/Schädigung:

.....
.....

*Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.

V. Angaben zur beruflichen Situation

1. Beruf/Tätigkeit/Studium vor dem schädigenden Vorgang:
2. Fühlen Sie sich durch die Folgen des schädigenden Vorgangs in Ihrer Berufsausübung beeinträchtigt?
 nein ja In welcher Form (**bitte begründen***)?

***Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.**

VI. Sonstige Angaben

1. Haben Sie wegen der Folgen des schädigenden Vorgangs Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten?
 nein ja
Falls ja, gegenüber
 ausländischen Entschädigungssystemen Krankenversicherung
 Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft, private Unfallversicherung) gesetzlicher Rentenversicherung
 sonstigen Leistungsträgern

2. Falls Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten besteht: Haben Sie diese Ansprüche bereits geltend gemacht?
Bitte fügen Sie ggf. Belege bei.
 ja, gegenüber Name, Anschrift des Leistungsträgers oder Gerichts:
.....
.....
 nein (**bitte begründen***)
.....

3. Beziehen Sie bereits Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz, Häftlingshilfegesetz, Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz, Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz?
 nein ja zuständige Behörde: Aktenzeichen:
.....

4. Liegt eine anerkannte Behinderung vor?
 nein ja zuständige Behörde: Aktenzeichen:
.....

5. Falls es zu einer Geldleistung kommt, soll diese auf folgendes Konto überwiesen werden:
BIC: IBAN:

6. Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:
.....
.....

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des KSV Sachsen, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen soweit dies erforderlich ist (§§ 24, 37 SGB I, § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz gestellt habe.

Datum:
Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters/ der Vertreterin oder des Betreuers/der Betreuerin:
.....

Name, Vorname; Geburtsdatum	Aktenzeichen
-----------------------------	--------------

Einwilligungserklärung / Schweigepflichtentbindung

Zur Bearbeitung Ihres Antrages nach dem Sozialen Entschädigungsrecht ist es trotz der von Ihnen bereits übersandten Unterlagen erforderlich, weitere Unterlagen beizuziehen, die zusätzlich Auskunft über den schädigenden Tatbestand, den eingeschränkten Gesundheitszustand und dessen Ursache oder auch über den Bezug von anderen Sozialleistungen geben (§ 67 ff. SGB X). Beigezogene Unterlagen werden im Antragsverfahren und für die Dauer eines Leistungsbezugs verarbeitet, gespeichert und ausgewertet. Das diesbezügliche Informationsblatt des Kommunalen Sozialverbandes (KSV) Sachsen zum Datenschutz nach der EU-DSGVO liegt Ihnen vor.

Deshalb bitten wir Sie um die nachfolgende Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung. Wir ermitteln damit den Sachverhalt von Amts wegen direkt bei Dritten, ohne das Aufwand und Kosten für Sie entstehen. Sollten Sie uns die Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung nicht geben, kann über Ihren Antrag möglicherweise nicht, nur eingeschränkt oder im ungünstigsten Fall nur ablehnend entschieden werden.

Diese Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung kann gegenüber dem KSV Sachsen jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich willige – vorbehaltlich eines ausdrücklich erklärten Ausschlusses – **ein, dass der KSV Sachsen** zur Bearbeitung meines Antrages nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

jeweils von den betreffenden Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachtern, medizinischen/rehabilitativen Einrichtungen, Leistungsträgern/Sozialleistungsträgern (auch privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen), Behörden, Gerichten und ggf. Zeugen, welche ich im Antrag angegeben habe oder die für den KSV Sachsen aus den von mir überlassenen Unterlagen ersichtlich sind,

Auskünfte einholt und Unterlagen aller Art (ggf. auch vollständige Akten) beizieht, soweit diese für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt werden.

Das schließt auch die Unterlagen ein, die die vorgenannten Auskunftsstellen von Dritten erhalten haben, sowie auch die während des Antragsverfahrens erstellten Unterlagen von den vorgenannten Auskunftsstellen durch zwischenzeitlich neu eintretende Sachverhalte. Die Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung gilt auch für ein sich ggf. anschließendes Überprüfungs-/Widerspruchsverfahren. Soweit der KSV Sachsen Schadenersatzansprüche gegen den Verursacher der Schädigung prüfen muss, schließt die Einwilligungserklärung auch die Polizei und Staatsanwaltschaften sowie Straf- und Zivilgerichte ein.

Einer ausdrücklichen namentlichen Benennung einzelner Auskunftsstellen durch mich oder einer Prüfung der Einwilligungserklärung durch die Auskunftsstelle bedarf es nicht, weil der KSV Sachsen nur die Auskunftsstellen einbezieht, die ich im Antrag angegeben habe oder die für den KSV Sachsen aus den von mir überlassenen Unterlagen ersichtlich sind und die ich nicht ausdrücklich ausgeschlossen habe.

Folgende Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten oder Auskunftsstellen schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus:

.....

Ich entbinde – soweit nicht vorstehend ausgeschlossen – **die betreffenden Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, die medizinischen Einrichtungen und sonstige schweigepflichtige Personen zudem von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Antragsverfahren zu.**

Ärztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verfahrens stattgefunden haben, und auch sonstige Auskunftsstellen, die zwischenzeitlich maßgebliche Unterlagen für das Antragsverfahren vorhalten, werde ich dem KSV Sachsen umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, gilt die Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung auch für die dort ggf. einzuholenden Auskünfte und Unterlagen.

Datum	Unterschrift Antragsteller/in	Unterschrift gesetzl. Vertreter <input type="checkbox"/> / Bevollmächtigter <input type="checkbox"/>
-------	-------------------------------	--

Informationsblatt zum Datenschutz

Folgende Informationen sind Ihnen gemäß Art. 13 und 14 der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)) bei Erhebung der personenbezogenen Daten mitzuteilen:

1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Die zuständige Stelle für die Verarbeitung der Daten im Rahmen des Verfahrens nach dem Sozialen Entschädigungsrecht und mithin Verantwortlicher im Sinne der Art. 13 und 14 DSGVO ist folgende Stelle:

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Fachbereich 4
Reichsstr. 3
09112 Chemnitz

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragter
Kommunaler Sozialverband Sachsen
Humboldtstr. 18 04105
Leipzig

Telefon: 0341 1266 0

E-Mail: datenschutzbeauftragter@ksv-sachsen.de

3. Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist notwendig, um über Anträge und sich ergebende Ersatzansprüche nach dem Sozialen Entschädigungsrecht entscheiden zu können (§ 67a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) i.V. mit § 5 Opferentschädigungsgesetz (OEG) und § 81a Bundesversorgungsgesetz (BVG)).

4. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden im Verfahren nach dem Sozialen Entschädigungsrecht gespeichert und an Ihre behandelnden Ärzte, Psychologen, Therapeuten und Apotheken, Sozialleistungsträger, Gutachter, private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Einrichtungen, Gerichte, andere Organisationseinheiten des Verantwortlichen, Vertragsfirmen der Orthopädietechnik, Staatsanwaltschaften, Saskia Informationssysteme GmbH und das Sächsische Melderegister übermittelt, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens, der Sachverhaltsaufklärung, der Rechtsbehelfsverfahren, der Auftragsausführung im Rahmen der Heil- und Krankenbehandlung, der Auftragsverarbeitung oder zur Durchsetzung von Erstattungsansprüchen erforderlich ist (§ 67b Abs. 1 SGB X).

Medizinische Auskünfte und Unterlagen, die die Verwaltung im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem Sozialen Entschädigungsrecht über Sie erhalten hat, dürfen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung der betroffenen Leistungsträger erforderlich ist (§§ 69 Abs. 1, 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Dieser Datenübermittlung an andere Sozialleistungsträger kann von Ihnen jederzeit widersprochen werden.

5. Quelle der personenbezogenen Daten

Soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist, können ergänzend medizinische Auskünfte und Unterlagen entsprechend Ihrer Einwilligungserklärung von Ihren behandelnden Ärzten, Psychologen, Therapeuten sowie von Gutachtern, Staatsanwaltschaften, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Einrichtungen, Sozialleistungsträgern und Gerichten eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigegeben werden.

6. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland

Es ist nicht vorgesehen, Ihre personenbezogenen Daten an ein Drittland oder eine internationale Organisation zu übermitteln.

7. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der Aufbewahrungsfristen für die Aufgabenerfüllung nach dem Sozialen Entschädigungsrecht erforderlich ist. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt automatisch, ohne weitere Veranlassung von Ihnen die Löschung der Daten.

8. Betroffenenrechte

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Verantwortliche, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte an den unter Nr. 2 benannten Datenschutzbeauftragten.

9. Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Verantwortlichen durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft beim Verantwortlichen widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

10. Beschwerderecht

Ihnen steht ein Beschwerderecht bei der folgenden datenschutzrechtlich zuständigen Aufsichtsbehörde nach Art. 51 DSGVO zu:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter
Postfach 11 01 32
01330 Dresden
Tel.: 0351/85471 101
Fax: 0351/85471 109
E-Mail: saechsdsb@slt.sachsen.de

11. Bereitstellung der personenbezogenen Daten

Wer Sozialleistungen beantragt, muss nach § 60 SGB I alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen angeben und die verlangten Nachweise vorlegen. Sollten Sie die notwendigen Informationen nicht bereitstellen wollen, bzw. können diese nicht anderweitig erlangt werden, kann über Ihren Antrag nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden.

12. Weiterverarbeitung zu anderen Zwecken

Ist beabsichtigt, Ihre personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterzuverarbeiten als den, für den sie im Antragsverfahren erhoben wurden, so stellt der Verantwortliche Ihnen vor dieser Weiterverarbeitung Informationen über diesen anderen Zweck und alle anderen maßgeblichen Informationen zur Verfügung.