



**Antrag auf Leistungen für Entschädigungsberechtigte nach dem Vierzehnten
Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung (SGB XIV)**

Kriegsauswirkungen beider Weltkriege §§ 21, 22 SGB XIV

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Hier bitte Name / Adresse der Versorgungsbehörde eintragen | Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde |
| Landratsamt Heidenheim Fachbereich Gesundheit Soziales Entschädigungsrecht Felsenstr. 36 89518 Heidenheim | |

1. Art des Antrags

| | |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Art des Antrags | <input type="checkbox"/> Erstantrag als geschädigte Person <input type="checkbox"/> Erstantrag als hinterbliebene Person <input type="checkbox"/> Erstantrag als angehörige oder nahestehende Person <input type="checkbox"/> Änderungsantrag |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

2. Beantragende Person

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers | <input type="checkbox"/> Ich für mich selbst oder für uns <input type="checkbox"/> Ich für mein Kind <input type="checkbox"/> Ich als gerichtliche Betreuung für meine betreute Person <input type="checkbox"/> Ich als Bevollmächtigte:r für die durch mich vertretene Person <input type="checkbox"/> Sonstige |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3. Angaben zur antragstellenden Person

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Doktorgrade | Familienname | Vornamen | |
| Geburtsdatum | Geburtsort | | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> divers |
| Wo befindet sich die Anschrift? | <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland | | |
| Straße | Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| Adresszusatz | | | |
| Postfach | Postleitzahl | Ort | |
| Auslandsanschrift | Staat | | |
| Telefonnummer | E-Mail-Adresse | | |



4. Angaben zur Betreuungsperson oder Bevollmächtigten

| | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------|
| Doktorgrade | Familienname | Vornamen | |
| Geburtsdatum | Geburtsort | | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> divers |
| Wo befindet sich die Anschrift? | <input type="checkbox"/> in Deutschland | <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland | |
| Straße | Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| Adresszusatz | | | |
| Postfach | Postleitzahl | Ort | |
| Auslandsanschrift | Staat | | |
| Telefonnummer | E-Mail-Adresse | | |

5. Angaben zur verstorbenen Person (nur als hinterbliebene Person auszufüllen)

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Familienname | Geburtsname | | |
| Vornamen | | | |
| Geburtsdatum | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | | |
| Letzter Wohnsitz/gewöhnlicher Aufenthalt | <input type="checkbox"/> in Deutschland | <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland | |
| Straße | Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| Adresszusatz | | | |
| Postfach | Postleitzahl | Ort | |
| Auslandsanschrift | Staat | | |
| Staatsangehörigkeit | | | |
| Sterbedatum | Sterbeort | | |
| Todesursache | | | |
| Hat die verstorbene Person vor ihrem Tod soziale Entschädigungsleistungen bezogen? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Verhältnis zur verstorbenen Person | <input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerverhältnis | | <input type="checkbox"/> Kindschaftsverhältnis |
| | <input type="checkbox"/> Elternschaftsverhältnis | | <input type="checkbox"/> Sonstige |
| Sonstiger Familienstand | | | |
| Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwenverhältnis/Witwerverhältnis“ auszufüllen) | | | |
| Datum der Eheschließung | Ort der Eheschließung | | |
| Wurde die Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie nach dem Tod der verstorbenen Person noch weitere Ehen eingegangen? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Angaben für Waisen und Halbwaisen (nur bei Auswahl „Kindschaftsverhältnis“ auszufüllen) | | | |
| Sind Sie durch den Sterbefall Waise oder Halbwaise geworden? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Kindschaftsverhältnis zur verstorbenen Person <input type="checkbox"/> Ehelich <input type="checkbox"/> Nichteelich <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind | | | |



| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Familiename der gesetzlichen Vertretung | | Vornamen der gesetzlichen Vertretung | |
| Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Halbwaise“ und „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen) | | | |
| Familiename | | Vornamen | |
| Wo befindet sich die Anschrift? | | <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland | |
| Straße | | Hausnummer | Postleitzahl |
| Ort | | | |
| Adresszusatz | | | |
| Postfach | | Postleitzahl | Ort |
| Auslandsanschrift | | Staat | |
| Geburtsdatum | | Geburtsort | |
| Staatsangehörigkeit | | | |
| Hat der andere Elternteil weitere Kinder? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Andere Ansprüche | | | |
| Wurden oder werden aus Anlass des Todes bereits laufende oder einmalige Leistungen gewährt oder beantragt? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name der Behörde | | Aktenzeichen/Geschäftszeichen | |
| Straße | | Hausnummer | Postleitzahl |
| Ort | | | |
| Adresszusatz | | | |
| Haben Sie oder hatte die verstorbene Person Anspruch auf Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name der Rentenversicherung | | Aktenzeichen/Geschäftszeichen | |
| Straße | | Hausnummer | Postleitzahl |
| Ort | | | |

6. Angaben zur geschädigten Person (nur als angehörige oder nahestehende Person auszufüllen)

| | | | |
|---------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Familiename | | Geburtsname | |
| Vornamen | | | |
| Geburtsdatum | | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | |
| Wo befindet sich die Anschrift? | | <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland | |
| Straße | | Hausnummer | Postleitzahl |
| Ort | | | |
| Adresszusatz | | | |
| Postfach | | Postleitzahl | Ort |
| Auslandsanschrift | | Staat | |
| Geburtsdatum | | Geburtsort | |
| Staatsangehörigkeit | | | |



7. Kriegsauswirkungen beider Weltkriege

| Angaben zum schädigenden Ereignis | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------|
| Schädigendes Ereignis | <input type="checkbox"/> Dienstleistung in der Wehrmacht oder in militärischen Verbänden | | |
| | <input type="checkbox"/> Kriegsgefangenschaft | | |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges schädigendes Ereignis: | | |
| Dienstleistung in der Wehrmacht oder in militärischen Verbänden | | | |
| Beginn des Militärdienstes | | Ende des Militärdienstes | |
| Einheit (Bundeswehr) | | | |
| Letzter Dienstgrad | | | |
| Letzte Feldpostnummer oder Personenkennziffer | | | |
| Kriegsgefangenschaft | | | |
| Beginn der Kriegsgefangenschaft | | Ende der Kriegsgefangenschaft | |
| Staat | | Ort | |
| Kriegsgefangenen-Nummer | | | |
| Angaben zu Gesundheitsstörungen oder Schädigungen | | | |
| Welche Gesundheitsstörungen machen Sie geltend? | | | |
| Auf welche schädigenden Ereignisse werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt? | | | |
| Ereignis | Zeitraum | Staat | Ort |
| Ereignis | Zeitraum | Staat | Ort |
| Ereignis | Zeitraum | Staat | Ort |
| Angaben zur Krankenversicherung | | | |
| Form der Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Privat versichert <input type="checkbox"/> Nicht versichert | | | |
| Name der Krankenversicherung | | | |
| Straße | | Hausnummer | Postleitzahl |
| Ort | | | |
| Adresszusatz | | | |
| Postfach | | Postleitzahl | Ort |
| Mitgliedschaft seit (Datum) | | Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer | |
| Frühere Krankenkasse | | | |



| Angaben zu ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungen | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-----------------------------------------------------------|
| Waren Sie während Ihrer Dienstzeit in Lazaretten oder sonstigen Krankenanstalten? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Beginn | | Ende | |
| Beginn | | Ende | |
| Angaben zum Krankenhaus/Lazarett | | | |
| Krankenhaus/Lazarett | | | |
| Straße | Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| Adresszusatz | | | |
| Postfach | Postleitzahl | | Ort |
| Angaben zu sonstigen ärztlichen Behandlungen | | | |
| Haben Sie aufgrund der geltend gemachten Gesundheitsstörungen weitere ärztliche Behandlungen in Anspruch genommen? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Familiennamen | | Vorname | |
| Straße | Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| Adresszusatz | | | |
| Postfach | Postleitzahl | | Ort |
| Beginn | | Ende | |
| Beginn | | Ende | |

8. Bankverbindung

| | |
|--------------|--------------|
| Kontoinhaber | IBAN |
| BIC | Geldinstitut |

9. Sonstige Angaben

| Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Haben Sie wegen der Gesundheitsschädigungen, für die Sie hiermit Leistungen beantragen, Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten angemeldet? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Von welcher weiteren Stelle oder Einrichtung haben Sie weitere Leistungen beantragt? | <input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit <input type="checkbox"/> Täterin oder Täter (Schadensersatz/Schmerzensgeld) <input type="checkbox"/> Ausländischen Entschädigungssystemen <input type="checkbox"/> Sonstige Leistungsträger: |



| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Name der Stelle oder der Einrichtung | | Aktenzeichen/Geschäftszeichen | |
| Straße | Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| Adresszusatz | | | |
| Postfach | | Postleitzahl | Ort |
| Leistungen zur Teilhabe und Besondere Leistungen im Einzelfall | | | |
| <u>Hinweis zu weiteren Leistungen des SGB XIV Kapitel 6 und Kapitel 11:</u> Aufgrund der von Ihnen gemachten Angaben in diesem Antrag werden auch mögliche Ansprüche auf Leistungen der Teilhabe (Kapitel 6) und Besondere Leistungen im Einzelfall (Kapitel 11) geprüft. Die zuständige Behörde wird in diesem Fall Kontakt zu Ihnen aufnehmen, ggf. weitere Unterlagen oder Nachweise anfordern und das weitere Vorgehen mit Ihnen abstimmen. | | | |
| Fühlen Sie sich durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge des schädigenden Ereignisses in Ihrem Beruf beeinträchtigt? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Interesse an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| An welchen Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben Sie Interesse? | | | |
| Fühlen Sie sich durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge des schädigenden Ereignisses in Ihrer alltäglichen Lebenssituation oder im Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Sozialen Teilhabe? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| An welchen Maßnahmen zur Sozialen Teilhabe haben Sie Interesse? | | | |
| Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Bildung? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| An welchen Maßnahmen der Bildung haben Sie Interesse? | | | |
| Haben Sie Interesse an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| An welchen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation haben Sie Interesse? | | | |
| Angaben zur Behinderung | | | |
| Wurde eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name der Behörde | | Aktenzeichen/Geschäftszeichen | |



| Antrag auf Versorgung | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Haben Sie bereits einen Antrag auf Versorgung gestellt und beziehen gegebenenfalls Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), Häftlingsgesetz (HHG), Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG), Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) beziehungsweise Vierzehnten Sozialgesetzbuch (SGB XIV)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name der Behörde | Aktenzeichen/Geschäftszeichen |
| Unterstützung bei der Antragstellung | |
| Haben Sie Unterstützung bei der Antragstellung erhalten? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wer hat Sie bei der Antragstellung unterstützt? | |



Erklärungen

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und sämtliche Angaben richtig und vollständig gemacht worden sind. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Beträge zurückgezahlt werden müssen. | <input type="checkbox"/> Ja |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

Schweigepflichtentbindungserklärung

Soweit ich keine für die Anspruchsprüfung erforderlichen Unterlagen beifüge, wird die zuständige Behörde den Sachverhalt von Amts wegen aufklären.

Ich erkläre mich daher insbesondere mit der Beiziehung folgender Unterlagen einverstanden:
Polizeiliche Ermittlungsunterlagen, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Jugendamtsakten, erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Therapieberichte, Entlassungsberichte, Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung, Krankenunterlagen, und Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind, allerdings nur in dem Umfang, wie sie Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände geben können.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren, für ein sich gegebenenfalls anschließendes Überprüfungs- oder Widerspruchsverfahren sowie für das Verfahren zur Durchsetzung der auf das Land übergegangenen Schadensersatzansprüche. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich entbinde die behandelnden und beteiligten Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, und Therapeutinnen/Therapeuten insoweit von ihrer Schweigepflicht.

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Stimmen Sie der Schweigepflichtentbindungserklärung zu? | <input type="checkbox"/> Ja |
| Von dieser Schweigepflichtentbindungserklärung schließe ich ausdrücklich aus: | |

Die jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum: Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der sorgeberechtigten
(bei Minderjährigen unter 15 Jahren müssen beide Sorgeberechtigten
unterschreiben), bevollmächtigten oder betreuenden Person:

.....

Anlage: Hinweisblatt zur Datenerhebung