

# Antrag auf Beschädigtenversorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) Soldatenversorgungsgesetz (SVG)

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen.

## Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <b>Außenstelle Heide</b><br>Neue Anlage 9 • 25746 Heide<br>Tel. 0481 / 696 0       |
| <input type="checkbox"/> | <b>Außenstelle Kiel</b><br>Gartenstr. 7 • 24103 Kiel<br>Tel. 0431 / 9827 0         |
| <input type="checkbox"/> | <b>Außenstelle Lübeck</b><br>Große Burgstr. 4 • 23552 Lübeck<br>Tel. 0451 / 1406 0 |
| <input type="checkbox"/> | <b>Außenstelle Schleswig</b><br>Seminarweg • 24837 Schleswig<br>Tel. 04621 / 806 0 |

<b>1</b>	Ich beantrage
	<input type="checkbox"/> Beschädigtenversorgung unter Anerkennung von Gesundheitsstörungen nach dem <b>BVG</b>
	<input type="checkbox"/> Beschädigtenversorgung unter Anerkennung von Gesundheitsstörungen nach dem <b>SVG</b>
	<input type="checkbox"/> nur <b>Heilbehandlung</b> für Gesundheitsstörungen, die bei Beendigung des Wehrdienstverhältnisses heilbehandlungsbedürftig waren (§ 82 SVG)

## Antragstellerin / Antragsteller

<b>2</b>	Nachname, Vorname (ggf. Geburtsname)		weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>
	Geburtsdatum	Geburtsort	Familienstand	
	Straße, Haus-Nr.		Telefon	
	Postleitzahl, Ort			
	Staatsangehörigkeit	letzter Dienstgrad	letzte Feldpostnummer oder Personenkennziffer	
	Beruf / Tätigkeit <b>vor</b> der Schädigung		Beruf / Tätigkeit <b>nach</b> der Schädigung	
	Ich war <input type="checkbox"/> Berufssoldat <input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit <input type="checkbox"/> Wehrpflichtiger <input type="checkbox"/> Wehrübender			

## Dienstleistung in der Wehrmacht, in militärischen Verbänden oder in der Bundeswehr

<b>3</b>	von - bis	Einheit
	.....	.....
	.....	.....

## Kriegsgefangenschaft

<b>4</b> von - bis	Land, Ort	Kriegsgef. - Nr.
--------------------	-----------	------------------

## Gesundheitsstörungen, schädigende Ereignisse

<b>5</b> Wegen welcher Gesundheitsstörungen wird dieser Antrag gestellt?
.....
.....
Auf welche schädigenden Ereignisse werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt (bitte genaue Schilderung mit Angabe von Zeit und Ort, ggf. auf einem gesonderten Blatt)?
.....
.....
.....
Handelt es sich um einen Verkehrsunfall ?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aufnehmende Polizeidienststelle: .....
Bei welcher Einheit (Dienststelle) sind die schädigenden Ereignisse eingetreten?
.....
.....
.....

## Ärztliche Behandlungen

<b>6</b> Aufenthalte in Lazaretten und sonstigen Krankenanstalten während der Dienstzeit	
von - bis	Name und Anschrift
.....	.....
.....	.....
.....	.....
Sonstige ärztliche Behandlungen wegen der geltend gemachten Gesundheitsstörungen	
von - bis	Name, Anschrift des behandelnden Arztes
.....	.....
.....	.....
.....	.....

## Krankenkasse oder Krankenversicherung

<b>7</b>	Welcher Krankenkasse, Krankenversicherung haben Sie angehört ?
	<b>Vor</b> Eintritt in den Wehrdienst bzw. des schädigenden Ereignisses von - bis: ..... Name, Anschrift: .....
	.....
	.....
	<b>Nach</b> Entlassung aus dem Wehrdienst bzw. dem schädigenden Ereignis von - bis: ..... Name, Anschrift: .....
	.....
	.....

## Andere Ansprüche

<b>8</b>	Beziehen Sie eine Unfallrente, Leistungen aus der beamtenrechtlichen Unfallfürsorge, eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie derartige Leistungen bezogen ?
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name und Geschäftszeichen der Stelle: .....
	Anschrift: .....
<b>9</b>	Haben Sie früher einen Antrag auf Versorgung gestellt oder haben Sie eine Rente nach früheren Versorgungsgesetzen bezogen ?
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name und Geschäftszeichen der Stelle: .....
	Anschrift: .....
<b>10</b>	Haben Sie einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht (Feststellungsverfahren) gestellt oder haben Sie bereits einen Bescheid?
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Behörde: .....
	Anschrift: .....
	Geschäftszeichen: .....

## Bankverbindung

<b>11</b>	Kontoinhaber: .....
	Geldinstitut: .....
	Bankleitzahl: .....
	Konto - Nr.: .....

## Beweisunterlagen

<b>12</b>	Ihre Geburtsurkunde, gegebenenfalls Heiratsurkunde, Meldebestätigung des Einwohnermeldeamtes und sonstige Unterlagen (z.B. Krankenurkunden, Lazarettbescheinigungen, Gesundheitsbuch, Militärpaß, Entlassungsschein D2, Besitzezeugnisse über Verwundetenabzeichen und Auszeichnungen, Wehrdienstbescheinigung der Bundeswehr, Rentenbescheide über früheren Rentenbezug) bitte zur Einsichtnahme beifügen. Rückgabe erfolgt nach Auswertung.
-----------	---

## Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz

**13** Im Rahmen der Bearbeitung Ihres Antrages ist das Landesamt für soziale Dienste (LAsD) auch auf Ihre Mitwirkung angewiesen, um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten. Der Gesetzgeber hat deshalb in den §§ 60 bis 67 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) Bestimmungen über die **Mitwirkungspflicht** des Leistungsberechtigten festgelegt.

Danach hat derjenige, der Sozialleistungen beantragt oder erhält, u.a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem hat er auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers (hier: LAsD) der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z.B. Krankenkasse, behandelnde Ärzte, Arbeitgeber usw.) zuzustimmen. Sofern Sie Ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen, kann der Leistungsträger die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen. Erforderlich ist dazu ferner, daß die Aufklärung des Sachverhaltes aufgrund der unterbliebenen Mitwirkung erheblich erschwert wird und die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u.a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.

Eine **Übermittlung von Sozialdaten** ist in dem vom Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) abgesteckten Rahmen zulässig. So können die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekanntgewordenen Daten im erforderlichen Umfang an andere Stellen - z.B. an andere Sozialleistungsträger oder an externe ärztliche Gutachter - übermittelt werden (§ 69 Abs. 1 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Sollten Sie mit einer solchen Weitergabe nicht einverstanden sein, können Sie der Übermittlung von Sozialdaten vorab widersprechen. Bitte bedenken Sie dabei, daß ein Widerspruch ggf. auch zur Versagung oder Entziehung von Leistungen beim anderen Sozialleistungsträger führen kann.

Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage im erforderlichen Umfang gespeichert. Die Rechtsgrundlagen zur **Datenerhebung und -speicherung** finden sich in den §§ 67a und 67c SGB X.

## Erklärung

**14** Ich erkläre, daß die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und sämtliche Angaben richtig und vollständig gemacht worden sind. Ich habe bei keiner anderen Stelle einen Antrag auf Versorgung gestellt.

Mir ist bekannt, daß wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Beträge zurückgezahlt werden müssen.

## Entbindung von der Schweigepflicht

**15** Im Rahmen der weiteren Sachaufklärung wird voraussichtlich die Einholung medizinischer Auskünfte erforderlich. Dazu benötigt das Landesamt Ihr Einverständnis. Sie werden deshalb gebeten, die beiliegenden Erklärungen ausgefüllt und unterschrieben diesem Antragsvordruck beizufügen.

## Unterschrift

<b>16</b> Ort, Datum	Unterschrift
----------------------	--------------

## Anlagen

<b>17</b> <input checked="" type="checkbox"/> Erklärungsvordruck	} Diese Unterlagen werden nach § 64 SGB X gebührenfrei ausgestellt.
<input type="checkbox"/> Geburts-/Abstammungsurkunde	
<input type="checkbox"/> Amtliche Meldebestätigung	
<input type="checkbox"/> Vollmacht	
<input type="checkbox"/>	

Bitte alle drei Erklärungen ausfüllen und unterschreiben. Dadurch wird das Herstellen von Kopien erspart. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

## Erklärung

Nachname, Vorname
Straße, Haus-Nr.
Postleitzahl, Ort

Für amtliche Vermerke
Geschäftszeichen

### Antrag auf Beschädigtenversorgung nach dem BVG/SVG vom

#### Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, daß vom Landesamt in diesem Verwaltungsverfahren Auskünfte aus ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von den Stellen und Ärzten eingeholt werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Landesamt umgehend mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, daß auch Auskünfte aus den Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Insoweit entbinde ich die vom Landesamt ersuchten Ärzte, Krankenanstalten, andere Behandlungsstätten und Behörden von ihrer Schweigepflicht.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses

--

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

## Erklärung

Nachname, Vorname
Straße, Haus-Nr.
Postleitzahl, Ort

Für amtliche Vermerke
Geschäftszeichen

### Antrag auf Beschädigtenversorgung nach dem BVG/SVG vom

#### Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, daß vom Landesamt in diesem Verwaltungsverfahren Auskünfte aus ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von den Stellen und Ärzten eingeholt werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Landesamt umgehend mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, daß auch Auskünfte aus den Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Insoweit entbinde ich die vom Landesamt ersuchten Ärzte, Krankenanstalten, andere Behandlungsstätten und Behörden von ihrer Schweigepflicht.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses

--

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

## Erklärung

Nachname, Vorname
Straße, Haus-Nr.
Postleitzahl, Ort

Für amtliche Vermerke
Geschäftszeichen

### Antrag auf Beschädigtenversorgung nach dem BVG/SVG vom

#### Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, daß vom Landesamt in diesem Verwaltungsverfahren Auskünfte aus ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von den Stellen und Ärzten eingeholt werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Landesamt umgehend mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, daß auch Auskünfte aus den Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Insoweit entbinde ich die vom Landesamt ersuchten Ärzte, Krankenanstalten, andere Behandlungsstätten und Behörden von ihrer Schweigepflicht.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses

--

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------