

Antrag auf Witwen- oder Waisenversorgung nach dem

Bundesversorgungsgesetz (BVG)
 Soldatenversorgungsgesetz (SVG)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein

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

Verstorbene Person

1	Nachname, Vorname (ggf. Geburtsname)		weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
	Geburtsdatum	Geburtsort	Familienstand
	Sterbetag	Sterbeort, Kreis ► <i>Bitte Sterbeurkunde beifügen!</i>	Staatsangehörigkeit
	Todesursache		
2	Letzter Truppenteil, Dienstgrad, Feldpost-Nr. bzw. Personenkennziffer		
	Dienstverhältnis als <input type="checkbox"/> Berufssoldat <input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit <input type="checkbox"/> Wehrpflichtiger <input type="checkbox"/> Wehrübender Bitte Nachweis wie z.B. Militärpaß, Soldbuch, Wehrdienstbescheinigung beifügen!		
3	Letzte Anschrift (Straße, Haus - Nr., PLZ, Ort)		
	Zuletzt ausgeübter Beruf		

Antragstellerin/Antragsteller

4	Nachname, Vorname (ggf. Geburtsname)		weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
	Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ., Ort)		Telefon

5 Witwe/Witwer ▶ *Bitte die Heiratsurkunde beifügen!*

Tag und Ort der Eheschließung:

▶ Wurde diese Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt? nein ja
(Ggf. Kopie des Urteils beifügen.)

Sind Sie nach dem Tod der o.g. Person noch weitere Ehen eingegangen? nein ja

6 Waise

Kindschaftsverhältnis zur verstorbenen Person
(z.B. ehelich, nichtehelich, Stief-, Pflegekind usw.):

Gesetzliche Vertretung: Nachname, Vorname ▶ *bitte ggf. Betreuungsurkunde vorlegen*

.....

Halbweise, *bitte Name und Anschrift des anderen Elternteils angeben:*

.....

Vollweise, ▶ *bitte die Sterbeurkunde des anderen Elternteils beifügen!*

Andere Ansprüche

7 Wurden oder werden aus Anlaß des Todes bereits laufende oder einmalige Leistungen (z.B. aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, einer privaten Versicherung usw.) gewährt oder sind solche Leistungen beantragt worden?
 nein ja, ▶ *Bitte Nachweis beifügen!*

Name:

Anschrift:

Aktenzeichen:

8 Haben Sie oder hatte die verstorbene Person Anspruch auf Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen?
 nein ja,

Behörde:

Anschrift:

Aktenzeichen:

Bankverbindung

9 Kontoinhaber:

Geldinstitut:

Bankleitzahl:

Konto - Nr.:

Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz

10 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

11 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

12 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

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

Anlagen

14 <input checked="" type="checkbox"/> Erklärungsvordruck	} Diese Unterlagen werden nach § 64 SGB X gebührenfrei ausgestellt.
<input type="checkbox"/> Sterbeurkunde zu Nr. 1	
<input type="checkbox"/> Heiratsurkunde zu Nr. 5	
<input type="checkbox"/> Amtliche Meldebestätigung	
<input type="checkbox"/> Rentenbescheid(e) usw. zu Nr. 7	
<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 Witwen- oder Waisenversorgung 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 Witwen- oder Waisenversorgung 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 Witwen- oder Waisenversorgung 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
------------	--------------