

Zutreffendes bitte ankreuzen oder in **Druckschrift** ausfüllen.
Freiwillige Angaben sind mit einem * gekennzeichnet.

Landesamt für soziale Dienste
Schleswig-Holstein
Dienstszitz Lübeck
Große Burgstraße 4
23552 Lübeck

Antrag auf Witwen- oder Waisenversorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

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			
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:

IBAN:

BIC:

Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz

10	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 bekannt gewordenen 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.</p> <p>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.</p>
-----------	---

Erklärung

11	<p>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.</p> <p>Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Beträge zurückgezahlt werden müssen.</p>
-----------	---

Entbindung von der Schweigepflicht

12	<p>Ich bin damit einverstanden, dass das Landesamt in diesem Verwaltungsverfahren die für die Entscheidung erforderlichen Befundberichte und sonstigen ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen von den Stellen und Ärzten bezieht, 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 Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden. Insoweit entbinde ich die vom Landesamt ersuchten Ärzte, Krankenanstalten, anderen Behandlungsstätten, Behörden, Gerichte und private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen von ihrer Schweigepflicht.</p> <p>Raum für etwaige Einschränkungen des Einverständnisses:</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.</p> <p>Unterschrift</p> <p>X</p>
-----------	---

Unterschrift

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

Anlagen

14	<table><tr><td><input type="checkbox"/> Sterbeurkunde zu Nr. 1</td><td rowspan="3">}</td><td rowspan="3"><i>Diese Unterlagen werden nach § 64 SGB X gebührenfrei ausgestellt.</i></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Heiratsurkunde zu Nr. 5</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Amtliche Meldebestätigung</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Rentenbescheid(e) usw. zu Nr. 7</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Vollmacht</td><td></td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Sterbeurkunde zu Nr. 1	}	<i>Diese Unterlagen werden nach § 64 SGB X gebührenfrei ausgestellt.</i>	<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"/> Sterbeurkunde zu Nr. 1	}	<i>Diese Unterlagen werden nach § 64 SGB X gebührenfrei ausgestellt.</i>										
<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												

