

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

### Gesundheitliche Schädigung im Zusammenhang mit der Ableistung des Zivildienstes § 23 SGB XIV

Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein Dienstszitz Lübeck Große Burgstraße 4 23552 Lübeck	Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde
---	---

#### 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
-----------------	--

#### 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
---	--

#### Angaben zur antragstellenden Person

Doktorgrade	Familiename	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		

#### Angaben zur Betreuungsperson oder Bevollmächtigten

Familiename	Vornamen
Name des Unternehmens, Vereins, oder einer sonstigen Organisation	
Beziehung zur antragstellenden Person	

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		

**Angaben zur verstorbenen Person (nur als hinterbliebene Person auszufüllen)**

Familiename		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:			
<b>Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwenverhältnis/Witwerverhältnis“ auszufüllen)</b>			
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
<b>Angaben für Waisen und Halbwaisen (nur bei Auswahl „Kindschaftsverhältnis“ auszufüllen)</b>			
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	
<b>Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Halbwaise“ und „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)</b>			
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
<b>Andere Ansprüche</b>			
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
Anschrift Zusatzangaben			

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

Familiennamen		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			

**Gesundheitliche Schädigung im Zusammenhang mit der Ableistung des Zivildienstes**

<b>Angaben zur bisherigen Tätigkeit</b>	
Haben Sie unmittelbar vor Einberufung zum Zivildienst eine berufliche Tätigkeit ausgeübt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name des letzten Arbeitgebers	
Wo befindet sich die Anschrift des letzten Arbeitgebers? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland	

Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
<b>Angaben zur derzeitigen Tätigkeit</b>			
Üben Sie derzeit eine berufliche Tätigkeit aus?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen in Ihrer Tätigkeit besonders betroffen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erläutern Sie, inwiefern Sie durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen in Ihrer Tätigkeit besonders betroffen sind.			
Sind Sie an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen interessiert?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erläutern Sie, warum Sie nicht an Berufsförderungsmaßnahmen interessiert sind.			
<b>Angaben zum Zivildienst</b>			
Beginn Zivildienst		Ende Zivildienst	
Name der Einrichtung, in der Sie Zivildienst geleistet haben			
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	
Personenkennziffer		Ende der Dienstbezüge (Datum)	
<b>Angaben zu Schädigungen oder Gesundheitsstörungen</b>			
Welche Gesundheitsstörungen machen Sie geltend?			
Werden die angegebenen Gesundheitsstörungen voraussichtlich für die Dauer von mehr als sechs Monaten bestehen bleiben?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Auf welches schädigende Ereignis werden die Körperschäden zurückgeführt?			
Tatzeit (Datum)	Tatzeit (Uhrzeit)	Tatort	

Gibt es Zeugen für das Geschehen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name und Anschrift der Zeugen (soweit bekannt)				
1.				
2.				
3.				
<b>Angaben zum Verkehrsunfall</b>				
Handelt es sich um einen Verkehrsunfall?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Datum des Verkehrsunfalls	Startort	Ziel		
Wegstrecke				
Wurden bereits polizeiliche Ermittlungen durchgeführt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Polizeidienststelle		Aktenzeichen/Geschäftszeichen		
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
Adresszusatz				
Postfach		Postleitzahl	Ort	
Wird die Angelegenheit bereits von einer Staatsanwaltschaft bearbeitet?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Aktenzeichen/Geschäftszeichen				
Wird der Schadensfall bereits vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bearbeitet?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Aktenzeichen/Geschäftszeichen				
<b>Angaben zur Krankenversicherung</b>				
Form der Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Privat versichert <input type="checkbox"/> Nicht versichert				
Hat dieses Versicherungsverhältnis während des Zivildienstes weiter bestanden?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Besteht dieses Versicherungsverhältnis heute noch?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Form der Krankenversicherung seit Beendigung des Zivildienstes		<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> keine Angaben		
Name der Krankenversicherung				
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
Adresszusatz				
Postfach		Postleitzahl	Ort	
Mitgliedschaft seit (Datum)		Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer		
Haben Sie aufgrund vertraglicher Abmachungen Anspruch auf Krankenbehandlung bzw. Heilbehandlung gegen einen Dritten?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Waren Sie aufgrund der Folgen des schädigenden Ereignisses in stationärer oder ambulanter Behandlung?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung aufgrund des schädigenden Ereignisses</b>				

Name des Krankenhauses oder der ärztlichen Ansprechperson			
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	
Beginn der Behandlung		Ende der Behandlung	
Beginn der Behandlung		Ende der Behandlung	
<b>Körperschäden und Behandlungen vor dem schädigenden Ereignis</b>			
Haben Sie vor dem schädigenden Ereignis bereits Körperschäden oder Gesundheitsstörungen gehabt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche Körperschäden oder Gesundheitsstörungen haben bereits vor dem schädigenden Ereignis bestanden?			
Waren Sie vor dem schädigenden Ereignis bereits in stationärer oder ambulanter Behandlung?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgrund welcher Krankheit waren Sie in stationärer oder ambulanter Behandlung?			
Name des Krankenhauses oder der ärztlichen Ansprechperson			
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	
Beginn der Behandlung		Ende der Behandlung	
Beginn der Behandlung		Ende der Behandlung	
<b>Angaben zum Hausarzt</b>			
Familiename Ihres Hausarztes		Vornamen Ihres Hausarztes	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort

## Bankverbindung

Kontoinhaber	IBAN
BIC	Geldinstitut

## Sonstige Angaben

<b>Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten</b>			
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
<b>Leistungen zur Teilhabe und Besondere Leistungen im Einzelfall</b>			
<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?			
<b>Angaben zur Behinderung</b>			
Wurde eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde	Aktenzeichen/Geschäftszeichen		
<b>Antrag auf Versorgung</b>			
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), Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) beziehungsweise Vierzehnten Sozialgesetzbuch (SGB XIV)?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde	Aktenzeichen/Geschäftszeichen		
<b>Unterstützung bei der Antragstellung</b>			
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:

.....