



Wir haben für Sie geöffnet:	Eingangsstempel	Bitte für Vermerke freihalten
montags und mittwochs 8:00 - 15:30 Uhr dienstags geschlossen donnerstags 8:00 - 18:00 Uhr freitags 8:00 - 13:00 Uhr und nach besonderer Vereinbarung		

**Antrag auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem
Gesetz über die Versorgung für die ehemaligen Soldaten der Bundeswehr
und ihre Hinterbliebenen (**Soldatenversorgungsgesetzes - SVG**)
in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)**

1 Angaben zur Person

Familienname: _____ Vorname: _____
 Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____
 Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____
Kopie der Geburtsurkunde ggf. Heiratsurkunde bitte beifügen.

Familienstand: _____ seit: _____
 (ledig / verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft / verwitwet / geschieden)

Zahl der Kinder: _____
 Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt: _____
 (Postleitzahl und Wohnort, Straße und Hausnummer)
Meldebescheinigung bitte beifügen.

Vor der Wehrdienstbeschädigung ausgeübter Beruf: _____
Nach der Wehrdienstbeschädigung ausgeübter Beruf: _____
 Durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen bin ich in meinem derzeitigen Beruf besonders betroffen:
 Nein Ja, Gründe: _____

An Berufsförderungsmaßnahmen bin ich _____ interessiert _____ nicht interessiert, Gründe: _____

Krankenversichert war/bin ich bei: _____

(von bis Name und Anschrift der Krankenkasse Name und Anschrift des Arbeitgebers)
 Bei Familienversicherung bitte auch Hauptversicherten angeben.

Tagsüber bin ich telefonisch erreichbar unter (diese Angabe ist freiwillig): _____
 Bei Bevollmächtigten und Personen, für die ein Betreuer oder Pfleger bestellt ist, bitte Namen und Anschrift
 des Bevollmächtigten, bestellten Vertreters oder Betreuers angeben: _____

(Vorname Familienname, Postleitzahl und Wohnort, Straße und Hausnummer)
Vollmacht, Bestellsurkunde oder Betreuungsausweis bitte beifügen.

2 Angaben zum Wehrdienst

Ich war: Berufssoldat Soldat auf Zeit Wehrpflichtiger Wehrübender
Einberufen wurde ich vom Kreiswehrrersatzamt

(Name und Anschrift des Kreiswehrrersatzamtes) zum (Truppenteil) am (Datum)

Meine Personenkennziffer (PK-Nr.) lautet:

In folgenden Einheiten habe ich Dienst geleistet:

(von bis Standort / Truppenteil / Waffengattung)

Entlassungseinheit:

Wehrsold oder Dienstbezüge habe ich erhalten bis zum:

Wehrdienstbescheinigung bitte beifügen.

3 Angaben zum schädigenden Ereignis

Folgende Gesundheitsstörungen, die länger als sechs Monate vorliegen werden, mache ich als Wehrdienstbeschädigung geltend:

Die Gesundheitsstörungen führe ich auf folgendes schädigendes Ereignis zurück:

Zeugen des schädigenden Ereignisses: Nein Ja (bitte Name und Anschrift angeben)

(Name und Anschrift)

Das schädigende Ereignis ist bei folgender Einheit eingetreten:

Ein WDB-Blatt ist angelegt worden: Nein Ja (bitte Wehrbereichsgebührrisamt angeben)

(Wehrbereichsgebührrisamt und Aktenzeichen)

Es handelt sich um einen Verkehrsunfall: Nein Ja (bitte angeben, wer ermittelt hat)

(ermittelnde Polizeidienststelle bzw. Feldjägerkommando und Aktenzeichen)

Die Schädigung ist durch sonstige Dritte verursacht: Nein Ja (bitte Schädiger und Haftpflichtversicherung angeben)

(Name und Anschrift des Schädigers und der Haftpflichtversicherung und Aktenzeichen)

4 Angaben zur ärztlichen Behandlung

Ambulante und stationäre Behandlungen wegen der beantragten Gesundheitsstörungen
während der Zugehörigkeit zur Bundeswehr:

(von bis Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses, Abteilung / Station)

Ambulante und stationäre Behandlungen wegen der beantragten Gesundheitsstörungen
nach der Entlassung aus der Bundeswehr:

(von bis Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses, Abteilung / Station)

Vor dem schädigenden Ereignis lagen bereits folgende Gesundheitsstörungen vor:

Ambulante und stationäre Behandlungen **vor dem schädigenden Ereignis**:

(von bis Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses, Abteilung / Station, behandelte Gesundheitsstörung)

5 Angaben zu bestehenden oder beantragten Leistungen

Unfallrente, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit
beziehe ich: Nein Ja (bitte Versicherungsträger angeben)

(Name und Anschrift des Versicherungsträgers und Aktenzeichen)

Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen, auch wegen einer Verwendung im Ausland,
beziehe ich: Nein Ja (bitte Dienststelle angeben)

(Name und Anschrift der Dienststelle und Aktenzeichen)

Geldleistungen von sonstigen Stellen wegen einer Gesundheitsstörung aufgrund einer besonderen
Verwendung im Ausland i.S.d. § 58a Abs. 1 und 2 Bundesbesoldungsgesetz beziehe ich / habe ich
in der Vergangenheit bezogen: Nein Ja (bitte sonstige Stelle angeben)

(Name und Anschrift der leistenden Stelle und Aktenzeichen)

Rente vom Landesamt für Soziales oder von einem Versorgungsamt eines anderen Bundeslandes
beziehe ich: Nein Ja (bitte Behörde angeben)

(Name und Anschrift der leistenden Behörde und Aktenzeichen)

Eine Anerkennung von Behinderungen nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX) ist durch das
Landesamt für Soziales bzw. bei einem Versorgungsamt eines anderen Bundeslandes erfolgt:
 Nein Ja (bitte Behörde angeben)

(Name und Anschrift der Behörde und Aktenzeichen)

Eine der vorgenannten Leistungen habe ich beantragt (es liegt noch keine abschließende Entscheidung vor):
 Nein Ja (bitte angeben welche Leistung
beantragt ist und bei welcher Stelle)

(Name und Anschrift der Stelle, Art der Leistung und Aktenzeichen)

6 Bankverbindung

(Geldinstitut)

(Bankleitzahl)

(Kontonummer)

Kontoinhaber/-in, wenn abweichend von Antragsteller/-in:

(Name und Anschrift)

7 Erklärungen

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Versorgung nach dem Soldatenversorgungsgesetz gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden.

Änderungen in den Verhältnissen, auch die, die vor Erteilung eines Bescheides eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass das Landesamt für Soziales die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt. Insbesondere bin ich damit einverstanden, dass bei den im Antrag genannten Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern, Behörden, Dienststellen der Bundeswehr, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen die über mich geführten medizinischen, psychiatrischen, psychoanalytischen und -therapeutischen Unterlagen, Entlassungs-, Zwischenberichte und Röntgenbilder beigezogen werden, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen gefertigt wurden und als sogenannte Fremdbefunde überlassen worden sind, soweit dies für dieses Verfahren erforderlich ist. Das Einverständnis bezieht sich auch auf die während des Verfahrens bekannt werdenden Sachverhalte und Unterlagen.

Ich entbinde die beteiligten Ärztinnen/Ärzte von der Schweigepflicht und genehmige die Verwertung dieser Unterlagen in diesem Verfahren.

Auch bin ich mit der Auskunftserteilung der von mir genannten Zeugen einverstanden.

8 Hinweise

Die im Antrag verlangten Angaben sind erforderlich, damit das Landesamt für Soziales über den Antrag dem Soldatenversorgungsgesetz entscheiden kann.

Nach § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) sind Antragsteller zur Mitwirkung verpflichtet. Sie haben insbesondere die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben zu machen und der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Eine Leistung kann nach § 66 SGB I versagt werden, wenn Antragsteller ihrer Mitwirkungspflichten nicht nachkommen. Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegt. Zum Beispiel brauchen Angaben nicht gemacht werden, wenn sie den Antragsteller der Gefahr zuziehen würden, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Daten mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden, soweit dies zur Durchführung der Aufgaben nach dem Soldatenversorgungsgesetz erforderlich ist.

Außerdem weisen wir darauf hin, dass die in diesem Verfahren erhobenen Daten auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Pflegeversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie an externe medizinische Gutachter/-innen übermittelt werden dürfen, es sei denn Sie widersprechen der Übermittlung (§§ 69, 76 Abs. 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X).

Anlagen: Kopie der Geburtsurkunde

Meldebescheinigung

Wehrdienstbescheinigung

(Ort und Datum)

(Unterschrift)