An das
Niedersächsische Landesamt
für Soziales, Jugend und Familie
(Landessozialamt –LS-)
Außenstelle

Geschäftszeichen	Eingangsstempel	VwRehaG
– wird vom Landessozialamt ausgefüllt –		

Antrag

auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) in Verbindung mit den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes (BVG)

Sie werden gebeten, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – in Maschinen- oder Blockschrift – zu beantworten und die jeweils angegebenen Unterlagen beizufügen.
Originalunterlagen werden unverzüglich zurückgesandt.
Hinweis nach § 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG):
Ihre Angaben sind für die rechtmäßige Erfüllung der Vorschrift des § 3 VwRehaG erforderlich. Dabei sind Sie nach §§ 60-64 SGB I ausdrücklich zur Mitwirkung verpflichtet; die Grenzen der Mitwirkungspflicht sind im § 65 SGB I festgelegt. Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert, soweit sie zur Erfüllung der Vorschriften des VwRehaG erforderlich sind.
Sofern Sie Hilfe beim Ausfüllen dieses Vordruckes haben möchten, wird Ihnen empfohlen, einen Leistungsträger für Sozialleistungen oder Ihre Gemeinde - oder Landkreisverwaltung in Anspruch zu nehmen oder sich unmittelbar an die Außenstelle des Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie zu wenden.
Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen.

I. Angaben zur Person

1. Name, Vorname ..... ggf. Geburtsname .....

2 Geburtsdatum, Geburtsort, Kreis, Land (Bitte Geburtsurkunde beifügen oder bei persönlicher Abgabe des Antrages Personalausweis oder Reisepass vorlegen)
.....

3. Familienstand
☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden
seit .....

4. Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)
– Bitte Meldebestätigung beifügen oder Anschrift durch einen Leistungsträger für Sozialleistungen bestätigen lassen –
.....
Telefon (freiwillige Angabe) .....

5. Beruf vor der Inhaftierung .....
Jetziger Beruf .....

Name und Anschrift des damaligen Arbeitgebers .....
Name und Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers .....

Besteht durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen eine berufliche Beeinträchtigung?
☐ nein.
☐ ja,
es liegt folgende berufliche Beeinträchtigung vor:
.....

6. Angaben zu Haftzeiträumen
a) Die Rehabilitations-/Kassationsentscheidung erging durch das Bezirks-/Landgericht……
Der Beschluss ist beigefügt.
b) Eine Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 des Häftlingshilfegesetzes (HHG) liegt nicht vor/ vor (Entsprechendes streichen/ Bescheinigung beifügen).
c) Dauer der Haft

von	bis	Haftanstalt	Ort

7. Sofern ein Vormund oder Betreuer bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder des bestellten Betreuers angeben und ggf. Bestallungsurkunde vorlegen.

.....

II. Angaben zur Schädigung

1. Angabe der gesundheitlichen Schäden, für die Versorgung beantragt wird

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Auf welches schädigende Ereignis werden gesundheitliche Schäden zurückgeführt (Schildern Sie bitte die Umstände mit Angabe von Ort, Zeit und ggf. Zeugen) ? Falls der Platz nicht ausreicht, Fortsetzung bitte auf gesondertem Blatt.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Welche Körperschäden haben vor Eintritt des schädigenden Ereignisses bestanden?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. Angaben über ärztliche und sonstige Behandlungen sowie über die Krankenversicherung

1. In welchen Krankenstationen oder sonstigen Krankenanstalten waren Sie während der Inhaftierung in Behandlung?

von – bis	Name und Anschrift der Station oder der sonstigen Krankenanstalt
.....	.....
.....	.....
.....	.....

2. Waren Sie wegen der geltend gemachten Gesundheitsschäden nach Haftentlassung heilbehandlungsbedürftig und wo standen oder stehen Sie wegen dieser Gesundheitsschäden in Behandlung

a) ambulante Behandlung

von – bis	Name und Anschrift des Arztes
.....	.....
.....	.....
.....	.....

b) Krankenhausbehandlung

von – bis	Name und Anschrift des Krankenhauses
.....	.....
.....	.....
.....	.....

3. Welche wesentlichen Erkrankungen oder Behinderungen haben **vor Eintritt der Schädigung** bestanden (ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung)

von – bis	Name/Anschrift des Arztes/Krankenhauses	wg. welcher Krankheit/Behinderung
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

4. Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen

a) Welcher Krankenkasse oder Krankenversicherung haben Sie vor Haftantritt angehört (Name und Anschrift)?

.....

❑ als Pflichtmitglied ❑ als freiwilliges Mitglied ❑ als familienversichertes Mitglied

b) Welcher Krankenkasse oder Krankenversicherung haben Sie nach Haftentlassung angehört und welcher Krankenkasse oder Krankenversicherung gehören Sie zur Zeit an?

von – bis	Name und Anschrift der Krankenkasse oder -versicherung

❑ als Pflichtmitglied ❑ als freiwilliges Mitglied ❑ als familienversichertes Mitglied

5. Haben Sie aufgrund vertraglicher Abmachungen Anspruch auf Heilbehandlung gegen einen Dritten (Vertragliche Ansprüche aus einer privaten Krankenversicherung gehören nicht dazu)?

❑ Nein ❑ Ja (Bitte fügen Sie den Vertrag bei).

6. Name und Anschrift Ihres Hausarztes

.....

.....

IV. Sonstige Angaben

1. Haben Sie wegen der Gesundheitsschäden, für die Sie Versorgung beantragen, bei anderen Stellen Ansprüche angemeldet?

❑ Nein ❑ Ja

Bezeichnung und Anschrift der Stelle	Aktenzeichen
.....	.....

2. Haben Sie wegen der Gesundheitsschäden, für die Sie Versorgung beantragen, bereits Schadenersatzansprüche bei dem Schädiger oder seiner Versicherung angemeldet?

❑ Nein ❑ Ja

Name und Anschrift des Schädigers sowie seiner Versicherung	Aktenzeichen
.....	.....
.....	.....

3.	Haben Sie bereits einen Anspruch auf Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären (z.B. Häftlingshilfegesetz, Opferentschädigungsgesetz, Infektionsschutzgesetz) oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? ❑ Nein ❑ Ja		
	Außenstelle (vormals Versorgungsamt)		Aktenzeichen .....
4.	Haben Sie bereits die Feststellung von Behinderungen nach dem Schwerbehindertengesetz bzw. SGB IX oder die Anerkennung als Beschädigter nach früheren Vorschriften in der ehemaligen DDR beantragt? ❑ Nein ❑ Ja		
	Außenstelle (vormals Versorgungsamt)		Aktenzeichen .....
5.	Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen auf das nachstehende Konto überwiesen werden:		
	Kontonummer	Geldinstitut	Bankleitzahl .....
	Kontoinhaber		

V. Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag nach dem Verwaltungsrechtlichen Rehabilitationsgesetz auf Anerkennung von Gesundheitsstörungen gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Ich habe weder dem in der ehemaligen DDR herrschenden politischen System erheblich Vorschub geleistet, noch während der Zeit des Nationalsozialismus oder in den Gebieten in denen die rechtsstaatswidrige Maßnahme erfolgte durch mein Verhalten gegen die Grundsätze der Rechtstaatlichkeit oder der Menschlichkeit verstoßen.

In den Jahren der SED- Herrschaft gehörte ich nicht als inoffizielle (r), offizielle (r) oder anderer Mitarbeiter dem Ministerium für Staatssicherheit an.

Die im Geltungsbereich dieses Gesetzes bestehende freiheitliche demokratische Grundordnung habe ich nicht bekämpft.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesamt für Soziales, Jugend und Familie die für die Anspruchsprüfung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen (insbesondere Vorgänge der Haftanstalten, ggfs. polizeiliche, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Akten beim Bundesbeaftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen DDR) sowie die erforderlichen medizinischen Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder) von den genannten Ärzten, Krankenanstalten, Stellen der ehemaligen DDR, Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken- oder Pflegeversicherungsunternehmen – auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind – in dem Umfang beizieht, wie diese Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände geben können.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren sowie für ein sich anschließendes Überprüfungs-/Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen. Ich genehmige die Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die genannten und beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Änderungen in den Verhältnissen, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag oder danach eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

Beigefügt sind:

❑ Geburtsurkunde

❑ Meldebestätigung

❑ .....

..... , den .....

.....

(Unterschrift des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters)