

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

Geschäftszeichen	Eingangsstempel	B V G
– wird vom Landessozialamt ausgefüllt –		

Antrag auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz – 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 Vorschriften der §§ 1 ff BVG 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 BVG erforderlich sind.

Sofern Sie Hilfe beim Ausfüllen dieses Vordruckes haben möchten, wird Ihnen empfohlen, Ihre Gemeinde - oder Landkreisverwaltung in Anspruch zu nehmen oder sich unmittelbar an das Landessozialamt zu wenden. Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

I. Angaben zur Person

1.	Name, Vorname	ggf. Geburtsname
2.	Geburtsdatum, Geburtsort, Kreis, Land (Bitte Geburtsurkunde beifügen)	
3.	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	seit
4.	Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort) – Bitte Meldebestätigung beifügen –	Telefon (freiwillige Angabe)
5.	Bestand am 18.05.90 Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt in einem der neuen Bundesländer (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern; Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Berlin-Ost)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in	
6.	Sind Sie als Aussiedler der Bundesrepublik zugezogen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am in	
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 Dienstleistung in der Deutschen Wehrmacht oder in militärähnlichen Verbänden

(Bitte geben Sie – soweit möglich – auch die Feldpostnummer, die Nummer der Erkennungsmarke und die Kriegsgefangenennummer an und fügen Sie alle ggf. noch in Ihrem Besitz befindlichen Unterlagen wie Wehrmachtentlassungsschein, Soldbuch oder Wehrpass bei).

1.	Wann und zu welchem Truppenteil sind Sie einberufen worden?					
2.	Bei welchen Einheiten haben Sie gedient?					
	von	bis	Wehrmachtsteil (z.B. Heer)	Waffengattung (z.B. Infanterie)	Dienstgrad	Einheit

3. Angaben über Fronteinsatz		
von	bis	Frontabschnitt
4. Angaben über Kriegsgefangenschaft		
von	bis	Gewahrsamsland, Lager, Kriegsgefangenennummer

III. 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)?
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
3. Geben Sie bitte Ihren Dienstgrad und den Truppenteil bzw. das Kriegsgefangenenlager zur Zeit des schädigenden Ereignisses an.
.....
.....
4. Welche gesundheitlichen Schäden haben vor der Einberufung zum Wehrdienst bzw. vor Eintritt des schädigenden Ereignisses bestanden?
.....
.....
.....

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

1. In welchen Lazaretten oder sonstigen Krankenanstalten waren Sie während der Dienstzeit und der Kriegsgefangenschaft in Behandlung?												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>von – bis</th> <th>Bezeichnung des Lazaretts</th> <th>Grund der Behandlung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	von – bis	Bezeichnung des Lazaretts	Grund der Behandlung
von – bis	Bezeichnung des Lazaretts	Grund der Behandlung										
.....										
.....										
.....										

2.	Waren Sie wegen der geltend gemachten gesundheitlichen Schäden bei Beendigung des Wehrdienstes heilbehandlungsbedürftig und wo standen oder stehen Sie wegen dieser gesundheitlichen Schäden in Behandlung?		
	a) ambulante Behandlung		
	von – bis	Name und Anschrift des Arztes	Grund der Behandlung

	b) Krankenhausbehandlung		
	von – bis	Name und Anschrift des Krankenhauses	Grund der Behandlung

3.	Welchen Krankenkassen oder Krankenversicherungen haben Sie seit Eintritt des geltend gemachten Körperschadens angehört?		
	von – bis	Name und Anschrift der Krankenkasse oder -versicherung	
	
4.	Name und Anschrift Ihres Hausarztes		
		
		

V. Sonstige Angaben

1.	Haben Sie wegen der gesundheitlichen Schäden, für die Sie Versorgung beantragen, bei anderen Stellen (z.B. beim ehemaligen Niedersächsischen Landesverwaltungsamt oder bei Berufsgenossenschaften) Ansprüche angemeldet?	
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Bezeichnung und Anschrift der Stelle	Aktenzeichen

2.	Haben Sie bereits früher Beschädigtenversorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz oder früheren versorgungsrechtlichen Vorschriften bezogen oder beantragt?	
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Rentenbescheid beifügen)	
	Außenstelle (vormals Versorgungsamt)	Aktenzeichen

3.	Haben Sie bereits einen Anspruch auf Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen, die das BVG für anwendbar erklären (z.B. Soldatenversorgungsgesetz, Häftlingshilfegesetz, SED-Unrechtsbereinigungs-/Rehabilitationsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Infektionsschutzgesetz), oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?	
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Rentenbescheid beifügen)	
	Außenstelle (vormals Versorgungsamt)	Aktenzeichen

4.	Haben Sie bereits einen Antrag auf Feststellung von Behinderungen nach dem Schwerbehindertengesetz gestellt?	
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Außenstelle (vormals Versorgungsamt)	Aktenzeichen

5.	Wirken / wirkten sich die geltend gemachten Gesundheitsstörungen nachteilig auf die Berufsausübung aus? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja es liegt / lag folgende berufliche Beeinträchtigung vor :												
6.	Beziehen Sie Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Rentenart: Aktenzeichen:												
7.	Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen auf das nachstehende Konto überwiesen werden: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Kontonummer</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Geldinstitut</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">Bankleitzahl</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">.....</td> <td style="padding: 2px;">.....</td> <td style="padding: 2px;">.....</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Kontoinhaber</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">.....</td> </tr> </table>	Kontonummer	Geldinstitut	Bankleitzahl	Kontoinhaber				
Kontonummer	Geldinstitut	Bankleitzahl											
.....											
Kontoinhaber													
.....													

V. Erklärung

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

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landessozialamt die für die Anspruchsprüfung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen sowie die notwendigen medizinischen Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder) von den genannten Ärzten, Krankenanstalten, 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 bezieht, 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
 -

.....
(Unterschrift des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters)