

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.

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 Wehrmachtsentlassungsschein, 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?		
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 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)	
Landesamt bzw. Außenstelle	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, Bundes-Seuchengesetz), oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Rentenbescheid beifügen)	
Landesamt bzw. Außenstelle	Aktenzeichen
.....
4. Haben Sie bereits einen Antrag auf Feststellung von Behinderungen nach dem Schwerbehindertengesetz gestellt?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Landesamt bzw. Außenstelle	Aktenzeichen
.....

5. Wirken / wirkten sich die geltend gemachten Gesundheitsstörungen nachteilig auf die Berufsausübung aus?

Nein

Ja es liegt / lag folgende berufliche Beeinträchtigung vor :

.....

.....

6. Beziehen Sie Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ?

Nein

Ja, Rentenart:.....

Aktenzeichen:.....

7. Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen auf das nachstehende Konto überwiesen werden:

Kontonummer	Geldinstitut	Bankleitzahl
.....
IBAN		BIC
.....	
Kontoinhaber		
.....		

V. Erklärung

Ich habe Kenntnis, dass

- die Behörde gemäß § 63 IfSG in Verbindung mit § 81a des Bundesversorgungsgesetzes grundsätzlich verpflichtet ist, Schadensersatzansprüche gegen den oder die Schädiger/innen geltend zu machen. In diesem Zusammenhang muss sie den / die Schädiger / in / nen frühzeitig von meiner Antragstellung in Kenntnis setzen. Sollte ich dies nicht wünschen, werde ich die Gründe darstellen. Die Behörde wird dann prüfen, ob erhebliche Nachteile für mich zu befürchten sind und deshalb auf Schadensersatzansprüche verzichtet werden kann.
- meine Schadensersatzansprüche gegen den / die Schädiger / in / nen mit Ausnahme von Schmerzensgeldansprüchen kraft Gesetz auf die zuständige Behörde übergehen und ich daher keine Vereinbarungen hierzu (z. B. Vergleiche) mit dem Schädiger / der Schädigerin / den Schädigern / Schädigerinnen oder deren Versicherungen treffen darf.

Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Deshalb ist in den §§ 60 bis 67 Erstes Buch Sozialgesetzbuch –SGB I- die Mitwirkungspflicht der Person die Sozialleistungen beantragt oder erhält gesetzlich geregelt.

Wer Sozialleistungen beantragt, hat u. a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem haben Sie auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z. B. Krankenkasse, behandelnde Ärzte, Arbeitgeber usw.) zuzustimmen. Ist die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, weil Sie nicht mitwirken, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Leistungs- voraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u. a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.

Die Rechtsgrundlagen der Datenerhebung finden sich in den §§ 69 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X i. V. m. § 67 a SGB X.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Behörde mit diesem Verfahren nach dem BVG zugänglich gemacht worden sind, erfasst und gespeichert werden (§ 67b SGB X) und

- den Gutachterinnen und Gutachtern, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen/aussagepsychologischen Begutachtung beauftragt worden sind,
- einem Dienstleister zur Fertigung von Schreibarbeiten
- den Hauptfürsorgestellten,
- den anderen Sozialleistungsträgern für deren eigene gesetzliche soziale Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 35 SGB I sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit

übermittelt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Versorgung nach dem Gesetz über die Entschädigung nach dem Bundesversorgungsgesetz gestellt habe. Das Hinweisblatt zu den Informations- und Transparenzpflichten habe ich zur Kenntnis genommen und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu.

Ort, Datum:

**Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers
oder der gesetzlichen oder bestellten Vertreterin / des
Vertreters oder der Betreuerin /des Betreuers**



Einverständniserklärung

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 ggfs. auch über die entsprechenden Stellen in dem Land, in dem sich die geltend gemachte Tat ereignet hat, einverstanden:

- polizeiliche Ermittlungsunterlagen, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Unterlagen der Bundesarchiv sowie der Behörden zur Aufklärung nationalsozialistischer Verbrechen
- erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärzten, Psychologen, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden - auch soweit sie von anderen Ärzten / Ärztinnen 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 ggf. anschließendes Überprüfungs- / 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 und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

ja

nein

von dieser Einverständniserklärung schließe ich ausdrücklich aus:

.....
.....

- bitte Ärztin/Arzt, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen -

Ort, Datum:

Unterschrift für Einverständniserklärung:

_____ 

Ich versichere, dass ich während der Herrschaft des Nationalsozialismus nicht gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder Rechtsstaatlichkeit verstoßen habe. Ich war kein freiwilliges Mitglied der SS.

Beigefügt sind:

Geburtsurkunde

Meldebestätigung

.....

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

Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff Datenschutz – Grundverordnung
bei Schädigungen **innerhalb** der Bundesrepublik Deutschland, der Vertragsstaaten des Abkommens
über den Europäischen Wirtschaftsraum, der Schweiz und den Staaten der Europäischen Union

Für Verwaltungsverfahren nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), Häftlingshilfegesetz (HHG), Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG), Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) oder dem Zivildienstgesetz (ZDG)

Das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS) informiert Sie nachfolgend über Art, Umfang und Zweck der Datenerhebung und Verwendung ihrer Daten.

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der Durchführung der Verwaltungsverfahren nach den o. g. Gesetzen verarbeitet. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 Buchst. a) und c) der Verordnung (EU) 2016/679 (DSGVO) und §§ 67 ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X). Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist daher gesetzlich vorgeschrieben. Sofern Sie Ihre personenbezogenen Daten nicht bereitstellen, kann das LS über Ihren Antrag nicht oder nur eingeschränkt entscheiden. Zudem kann das LS Ihren Antrag wegen fehlender Mitwirkung ganz oder teilweise ablehnen.

Ihre Daten werden so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen nach § 67c SGB X für die jeweilige Aufgabenerfüllung notwendig ist. Der Speicherzeitraum beginnt mit der Antragstellung.

Ihre personenbezogenen Daten werden –soweit dies notwendig ist- weitergeleitet an

- Gutachterinnen und Gutachter, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen Begutachtung beauftragt worden sind
- andere Sozialleistungsträger für deren gesetzliche soziale Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 35 SGB I
- Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit im Streitverfahren
- Justizbehörden
- andere am Verwaltungsverfahren beteiligte Einrichtungen und Personen, z. B. Heime, Zeugen, Arbeitgeber, Banken etc.
- Dienstleister zur Fertigung von Schreibarbeiten

Das LS als verantwortliche datenverarbeitende Stelle ist postalisch unter *Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Hauptstelle, Fachgruppe LV, Domhof 1, 31134 Hildesheim* erreichbar. Außerdem besteht die Möglichkeit, die Datenschutzbeauftragte der Behörde per E-Mail unter Datenschutz@ls.niedersachsen.de bzw. postalisch unter *Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Datenschutzbeauftragte, Domhof 1, 31134 Hildesheim* zu kontaktieren.

Gegenüber dem LS können folgende Rechte geltend gemacht werden:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Darüber hinaus können Sie sich an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragte für den Datenschutz) wenden und dort ein Beschwerderecht geltend machen.