

| | | | |
|--|------------------|------------------------------|---|
| An den Landschaftsverband Westfalen-Lippe LWL-Amt für Soziales Entschädigungsrecht Von-Vincke-Str. 23 – 25 48143 Münster | Geschäftszeichen | Eingangsstempel | |
| | | Zutreffendes bitte ankreuzen | x |

Antrag
auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung
der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz - BVG)

WICHTIGE HINWEISE

Um sachgerecht über Ihren Antrag nach dem Bundesversorgungsgesetz entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift - auszufüllen.

Bitte vergessen Sie nicht, den Antrag auf der letzten Seite zu unterschreiben.

Wenn sich Unterlagen über die von Ihnen geltend gemachten Gesundheitsstörungen (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflegegutachten, EKG, Labor- und Röntgenbefunde, aber auch Bescheide anderer Leistungsträger) in Ihren Händen befinden, reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Antrag ein.

Falls oder soweit Sie keine Unterlagen beifügen, werden diese entsprechend Ihrer Einverständniserklärung am Ende des Antragsvordrucks von den von Ihnen benannten Stellen und Personen beigezogen.

Ihre Mitwirkung zur Aufklärung des Sachverhalts ist in § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgeschrieben. Danach haben Sie alle für die Entscheidung erheblichen Tatsachen anzugeben, der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen sowie die verlangten Nachweise vorzulegen. Sofern Sie Ihrer Verpflichtung zur Mitwirkung (Obliegenheit) nicht nachkommen, können die beantragten Leistungen nach dem BVG ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind.

| | | |
|-------|---|-------------------------|
| 1. | Name - Geburtsname - ggf. weitere frühere Namen - | |
| 2. | Vornamen | |
| 3. | Geburtsdatum (Geburtsurkunde beifügen) | Geburtsort, Kreis, Land |
| 4. | Staatsangehörigkeit | |
| 5. | Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet * <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Ich lebe in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft (Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> Die Lebenspartnerschaft ist aufgehoben <input type="checkbox"/> Ich lebe von meinem Lebenspartner getrennt | Zahl der Kinder |
| 6. a) | Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt | |
| | Straße, Hausnummer | |
| 6. b) | PLZ | Wohnort |
| | Wohnung am 1. Sept. 1939: | |

* Bitte Heiratsurkunde beifügen.

Tagsüber erreichbar unter (Angabe der Tel.-Nr. freiwillig)
 Telefon-Nr.:

| | | | | | | | |
|--------|--|--------|-------------------|--------------------|---------------------------|----------------------------|--|
| 6. c) | Bei Wohnortwechsel nach dem 8. Mai 1945: | | | | | | |
| | Wohnort von | | | bis | | | |
| | 1. | | | 3. | | | |
| | 2. | | | 4. | | | |
| 7. a) | Welcher Beruf wurde unmittelbar vor Eintritt der Schädigung oder der Einberufung zum militärischen oder militärähnlichen Dienst ausgeübt, begonnen oder angestrebt? | | | | | | |
| | begonnen oder angestrebt? | | | | | | |
| 7. b) | Jetziger Beruf | | | | | | |
| 8. | Sind Sie durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen in Ihrem Beruf besonders betroffen? | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> nein | | ja, Gründe: | | | | |
| | Sind Sie an Berufsförderungsmaßnahmen interessiert? | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ja | | nein, Gründe: | | | | |
| 9. | Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer oder Pfleger bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers angeben: - ggf. bitte Bestallungsurkunde oder Betreuungsausweis beifügen - | | | Name | | Vorname | |
| | | | | Straße, Hausnummer | | | |
| | | | | PLZ | Wohnort | | |
| 10. | Dienstleistungen in der Deutschen Wehrmacht oder in militärähnlichen Verbänden: | | | | | | |
| 10. a) | Wann und zu welchem Truppenteil sind Sie einberufen worden? | | | | | | |
| 10. b) | Von welchem Wehrmeldeamt? | | | | | | |
| 10. c) | Waren Sie Berufssoldat? | | | | | | |
| 10. d) | Bei welchen Einheiten haben Sie gedient? | | | | | | |
| | vom | bis 1) | Wehrmachtsteil 2) | Waffengattung 3) | Dienstgrad | Einheit und Feldpostnummer | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 10. e) | davon Fronteinsatz | | | | | | |
| | vom | | bis | | in welchem Frontabschnitt | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | |
|--------|---|-----|--|
| 10. f) | Kriegsgefangenschaft | | |
| | von | bis | Gewahrsamsland (Lager, Kriegsgefangenennummer usw.) |
| | | | |
| | | | |
| 11. | Wegen welcher Körperschäden oder Gesundheitsstörungen wird der Antrag auf Versorgung gestellt? | | |
| | | | |
| | | | |
| 12. | Auf welches schädigende Ereignis werden die Körperschäden (Gesundheitsstörungen) zurückgeführt? (Genaue Schilderung der Ursachen mit Angabe von Zeit, Ort und ggf. Zeugen) | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | Namen und Anschriften der Zeugen: | | |
| | | | |
| 13. | Bei welcher Einheit ist das schädigende Ereignis eingetreten? | | |
| | | | |
| | | | |
| 14. | Lazarettbehandlung während der Dienstzeit: | | |
| | von | bis | genaue Bezeichnung des Feld-, Reserve oder Teillazarets |
| | | | Grund der Lazarettbehandlung |
| | | | |

1. Sowohl Friedens- als auch Kriegsdienstzeiten sind anzugeben.
2. Als Wehrmachtsteil ist anzugeben: Heer, Marine, Luftwaffe, Volkssturm, Waffen-SS, OT usw.
3. Als Waffengattung ist anzugeben: Infanterie, Panzerwaffe, Pioniere, Artillerie, Flak, Kampfflieger, Luftnachrichten, Transportabteilung, U-Bootwaffe, Hochseeflotte, Küstenschutz oder Entsprechendes.

| | | | | | |
|-----|---|-----|--|--|---------------------------------|
| 15. | Lazarettbehandlung während der Kriegsgefangenschaft: | | | | |
| | von | bis | Gewahrsamsland (Bezeichnung des Lazaretts) | Kriegsgef.-Nr. | Grund der Lazarettbehandlung |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 16. | Krankenhausbehandlung wegen der unter Nr. 11 aufgeführten Körperschäden (Gesundheitsstörungen) nach Beendigung der Dienstzeit, Kriegsgefangenschaft oder bei Zivilpersonen nach Eintritt des schädigenden Ereignisses: | | | | |
| | von | bis | Anschrift des Krankenhauses | Grund der Krankenhausbehandlung | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 17. | Sonstige ärztliche Behandlung wegen der unter Nr. 11 aufgeführten Körperschäden (Gesundheitsstörungen) nach Beendigung der Dienstzeit, Kriegsgefangenschaft oder bei Zivilpersonen nach Eintritt des schädigenden Ereignisses: | | | | |
| | von | bis | genaue Anschrift und Name des Arztes | Kriegsgef.-Nr. | Grund der ärztlichen Behandlung |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 18. | Welche Körperschäden haben vor der Einberufung zum Wehrdienst oder vor Eintritt des Ereignisses bestanden? | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 19. | Welchen Krankenkassen haben Sie vor und nach Eintritt in den Wehrdienst oder vor und nach Eintritt des schädigenden Ereignisses angehört? | | | | |
| | von | bis | Krankenkasse (mit Anschrift) | Arbeitgeber (mit Anschrift), Mitgliedsnummer | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 20. | Welcher Krankenkasse gehören Sie jetzt an? (bitte Name und Anschrift der Krankenkasse und des Arbeitgebers sowie Zeitpunkt des Beginns der Mitgliedschaft - evtl. Mitgliedsnummer - angeben) | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 21. | Welche Krankenkasse wurde wegen der unter Nr. 11 genannten Körperschäden in Anspruch genommen? | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | Von wann bis wann? | | | | |

| | | | |
|-------------------------------|---|---|---------------|
| 22. | Erhalten Sie Unfallrente, Versorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Bestimmungen, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Leistungen nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte oder haben Sie solche Leistungen beantragt? | | |
| <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> ja, leistende Stelle: Geschäftszeichen: | |
| 23. | Haben Sie bereits früher Versorgung beantragt? | | |
| <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann und bei welcher Stelle? (Bitte Geschäftszeichen angeben) | |
| 24. | Haben Sie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung (Arbeiterrentenversicherung, Angestelltenversicherung, knappschaftliche Rentenversicherung) entrichtet? | | |
| <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bei welchem Versicherungsträger? | |
| 25. | Ist eine Kriegsgefangenenentschädigung gewährt worden? | | |
| <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> ja, leistende Stelle: Geschäftszeichen: | |
| 26. | Haben Sie innerhalb der letzten drei Jahre Leistungen von einer Agentur für Arbeit bezogen oder solche Leistungen beantragt? | | |
| <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> ja, bei der Agentur für Arbeit Geschäftszeichen: | |
| 27. | Wurde bei Ihnen eine Behinderung/Schwerbehinderung festgestellt? | | |
| <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> ja, von (Behörde): Aktenzeichen: | |
| 28. | Zahlungen sollen auf das folgende Konto überwiesen werden: | | |
| Kontoinhaber: | | | |
| Kontonummer: | | Kreditinstitut: | Bankleitzahl: |

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigefügten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem BVG nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Landschaftsverband in diesem Verwaltungsverfahren und in einem eventuell sich anschließenden Vorverfahren von den genannten

- Ärztinnen/Ärzten,
- Krankenanstalten/Krankenhäusern,
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt, Sanatorium),
- Trägern der Sozialversicherung,
- privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen,
- Behörden sowie
- Aufgabenträgern, die für Verfahren nach dem SGB IX (Schwerbehindertenrecht) zuständig sind,

die hierfür erforderlichen Auskünfte einholt und Unterlagen beizieht, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt sind. Die beteiligten Ärztinnen/Ärzte entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.

Ja

Nein

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die dem Landschaftsverband mit diesem Verfahren nach dem BVG zugänglich gemacht worden sind, auch vom Landschaftsverband beauftragten Gutachterinnen/Gutachtern zur medizinischen Beurteilung und anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X). Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann.

Ich füge folgende Unterlagen bei:

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des/der Antragsteller(s)
und/oder gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers)