

An den Landschaftsverband Westfalen-Lippe LWL-Versorgungsamt Westfalen 48133 Münster	Geschäftszeichen	Eingangsstempel
		Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> oder ausfüllen

**Antrag**  
**auf Gewährung von Beschädigten-Versorgung nach dem Strafrechtlichen**  
**Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)**

**WICHTIGE HINWEISE**

Um sachgerecht über Ihren Antrag nach dem Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz 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 StrRehaG ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind.

<b>1</b>	<b>Angaben zur Person</b>	
1.1	Name - Geburtsname - ggf. weitere frühere Namen -	
1.2	Vornamen	
1.3	Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, Land
1.4	Staatsangehörigkeit	
1.5	Familienstand <span style="float:right">seit</span> <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 <input type="checkbox"/> Die Lebenspartnerschaft ist aufgehoben <input type="checkbox"/> Ich lebe von meinem Lebenspartner getrennt	Zahl der Kinder
1.6	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt	
	Straße, Hausnummer	
	PLZ	Wohnort
	Tagsüber erreichbar unter (Angabe der Tel.-Nr. freiwillig)	
	Telefon-Nr.:	
1.7	Hiervon abweichender Wohnsitz am 18.05.1990:	
1.8	Derzeitiger Beruf	Frühere Berufe

1.9	Sind Sie durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen in Ihrem Beruf besonders betroffen?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Gründe:	
1.10	Sind Sie an Berufsförderungsmaßnahmen interessiert?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Gründe:	
1.10	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: <b>- ggf. bitte Bestallungsurkunde oder Betreuungsausweis beifügen -</b>	Name	Vorname
		Straße, Hausnummer	
		PLZ	Wohnort
<b>2</b>	<b>Angaben zu den rechtsstaatswidrigen strafrechtlichen Entscheidungen/Maßnahmen</b>		
2.1	Wegen welcher Maßnahme(n) wird Versorgung beantragt?		
	von	bis	Art und Ort der Maßnahme/welches Gericht oder welche Stelle bewirkte die Maßnahme?
2.2	Eine Rehabilitierungsentscheidung nach dem StrRehaG		
	<input type="checkbox"/> wurde noch nicht beantragt <input type="checkbox"/> wurde beantragt <input type="checkbox"/> wurde abgelehnt <input type="checkbox"/> ist beigelegt		
2.3	Zuständiges Rehabilitierungsgericht		AZ:
<b>3</b>	<b>Angaben zum schädigenden Ereignis und den hierauf beruhenden Gesundheitsstörungen</b>		
3.1	Welche Gesundheitsstörungen machen Sie als Schädigungsfolgen geltend?		
3.2	Werden die angegebenen Gesundheitsstörungen voraussichtlich für eine Dauer von mehr als 6 Monaten bestehen bleiben?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
3.3	Auf welches konkrete schädigende Ereignis werden die Körperschäden zurückgeführt? (genaue Schilderung mit Angabe von Zeit und Ort)		



4.3	Ambulante und stationäre Behandlungen vor Eintritt der Schädigung		
	von	bis	Name, Anschrift der Krankenhäuser/Ärzte
<b>5 Angaben zur Krankenversicherung</b>			
5	von	bis	Name, Anschrift der Krankenkassen (Bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben des Hauptversicherten)
<b>6 Angaben über bereits bezogene bzw. beantragte Leistungen</b>			
6.1	Beziehen Sie Unfallrente, Rente aus der ges. Rentenversicherung, Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder ähnliches?		
	<input type="checkbox"/> nein	von (Versicherungsträger)	Aktenzeichen
	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____
6.2	Beziehen Sie Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder den Gesetzen, die das BVG für entsprechend anwendbar erklären (OEG, SVG, ZDG, IfSG, HHG, StrRehaG, VwRehaG)?		
	<input type="checkbox"/> nein	von (Behörde)	Aktenzeichen
	<input type="checkbox"/> ja		
6.3	Haben Sie - ggf. auch früher - Leistungen der oben genannten Art beantragt?		
	<input type="checkbox"/> nein	bei	Aktenzeichen
	<input type="checkbox"/> ja		
6.4	Haben Sie in den letzten 3 Jahren Leistungen von der Agentur für Arbeit erhalten oder sind Leistungen beantragt worden?		
	<input type="checkbox"/> nein	Agentur für Arbeit:                      von                      bis	Aktenzeichen
	<input type="checkbox"/> ja		
<b>7 Sonstige Angaben</b>			
7.1	Wurde bei Ihnen eine Behinderung/Schwerbehinderung festgestellt?		
	<input type="checkbox"/> nein	von (Behörde)	Aktenzeichen
	<input type="checkbox"/> ja		
7.2	Soll die beantragte Leistung aus besonderen Gründen nach Möglichkeit schon vor der endgültigen Entscheidung vorläufig gewährt werden?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Gründe:	
7.3	Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen überwiesen werden an		
	(Kontoinhaber)		
	Konto-Nr.	Geldinstitut	Bankleitzahl

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

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigelegten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem StrRehaG 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 StrRehaG 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)