

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

Antrag
auf Gewährung von Beschädigten-Versorgung nach dem Verwaltungsrechtlichen
Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

WICHTIGE HINWEISE

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

1	Angaben zur Person	
1.1	Name - Geburtsname - ggf. weitere frühere Namen -	
1.2	Vornamen	
1.3	Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, Land
1.4	Staatsangehörigkeit	
1.5	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 <input type="checkbox"/> Die Lebenspartnerschaft ist aufgehoben <input type="checkbox"/> Ich lebe von meinem Lebenspartner getrennt	seit Zahl der Kinder
1.6	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt Straße, Hausnummer	Tagsüber erreichbar unter (Angabe der Tel.-Nr. freiwillig)
	PLZ	Wohnort
		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:		
	Sind Sie an Berufsförderungsmaßnahmen interessiert? <input type="checkbox"/> nein Gründe: <input type="checkbox"/> ja		
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: - ggf. bitte Bestallungsurkunde oder Betreuungsausweis beifügen -	Name	Vorname
		Straße, Hausnummer	
		PLZ	Wohnort
2	Angaben zu den rechtsstaatswidrigen Verwaltungsentscheidungen		
2.1	Wegen welcher Maßnahme(n) wird Versorgung beantragt?		
	von	bis	Art und Ort der Maßnahme/welche Stelle bewirkte die Maßnahme?
2.2	Eine Rehabilitierungsentscheidung nach dem VwRehaG <input type="checkbox"/> wurde noch nicht beantragt <input type="checkbox"/> wurde beantragt <input type="checkbox"/> wurde abgelehnt <input type="checkbox"/> ist beigelegt		
2.3	Zuständige Rehabilitierungsbehörde	AZ:	
3	Angaben zum schädigenden Ereignis und den hierauf beruhenden Gesundheitsstörungen		
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		

4.2	Welche Körperschäden haben bereits vor Eintritt des schädigenden Ereignisses bestanden?		
4.3	Ambulante und stationäre Behandlungen vor Eintritt der Schädigung		
	von	bis	Name, Anschrift der Krankenhäuser/Ärzte
			wegen welcher Krankheiten?
5	Angaben zur Krankenversicherung		
	von	bis	Name, Anschrift der Krankenkassen
			des jeweiligen Arbeitgebers (Bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben des Hauptversicherten)
6	Angaben über bereits bezogene bzw. beantragte Leistungen		
6.1	Beziehen Sie Unfallrente, Rente aus der ges. Rentenversicherung, Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder ähnliches?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von (Versicherungsträger)	Aktenzeichen
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 <input type="checkbox"/> ja	von (Behörde)	Aktenzeichen
6.3	Haben Sie – ggf. auch früher – Leistungen der oben genannten Art beantragt?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	bei	Aktenzeichen
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 <input type="checkbox"/> ja	Agentur für Arbeit: von bis	Aktenzeichen

7	Sonstige Angaben		
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 beigefügten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem VwRehaG 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 VwRehaG 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)