

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

**Antrag**  
**auf Gewährung von Witwen(r)-/Waisenversorgung gemäß § 60 Absatz 4 des**  
**Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in entsprechender Anwendung des**  
**Bundesversorgungsgesetzes (BVG)**

**WICHTIGE HINWEISE**

Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Hinterbliebenenversorgung entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und die/den Verstorbene(n) 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.  
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 IfSG ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind.

<b>1</b>	<b>Angaben zur Person des/der Verstorbenen</b>	
1.1	Name:	Vornamen:
	Geburtsdatum:	Geburtsort (Kreis):
	Staatsangehörigkeit:	Todestag:
	Todesort:	Todesursache:
	Wenn im Krankenhaus verstorben, dessen genaue Anschrift:	
	Bei welchem Standesamt ist der Tod beurkundet? (Bitte Sterbeurkunde beifügen)	
1.2	Bezog der/die Verstorbene Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen oder war er/sie als Beschädigter nach dem IfSG anerkannt?	
	<input type="checkbox"/> ja, von (Behörde)	Geschäftszeichen:
	Die Fragen zu Ziffer 2 brauchen Sie nicht zu beantworten! <input type="checkbox"/> nein. Bitte beantworten Sie die weiteren Fragen zu Ziffer 2	
<b>2</b>	<b>Angaben zum schädigenden Ereignis</b>	
2.1	Ist der Tod durch eine Impfung eingetreten?	

2.2	Tag und Ort der Schutzimpfung	Art der Schutzimpfung
2.3	Wer hat die Schutzimpfung durchgeführt? (Name und Anschrift des Arztes / der Behörde)	
2.4	Bei einer Schutzimpfung im Ausland: Aus welchen Gründen konnte die Impfung nicht in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden?	
2.5	Welche Angaben können Sie über den Krankheitsverlauf nach der Schutzimpfung machen?	
2.6	Welche anderen Personen können über den Krankheitsverlauf Auskunft geben? (Name, Anschrift)	
2.7	Welche Körperschäden haben schon vor der Schutzimpfung bestanden?	
2.8	Sind Krankheiten in der Familie - z. B. bei Eltern, Großeltern - bekannt?	

<b>3</b>		<b>Angaben zur Person der Antragstellerin/des Antragstellers</b>	
3.1	Name - Geburtsname - ggf. weitere frühere Namen -		Vornamen
	Geburtsdatum	Geburtsort (Kreis):	Staatsangehörigkeit:
	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
	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt		
Straße, Hausnummer		Tagsüber erreichbar unter (Angabe der Tel.-Nr. freiwillig)	
PLZ	Wohnort	Telefon-Nr.:	
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
3.2	Eheschließung mit dem/der Verstorbenen (bitte Heiratsurkunde beifügen)		(Ort/Datum)
	War die Ehe mit dem/der Verstorbenen geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte gerichtliches Urteil beifügen)	
War der/die Verstorbene zur Unterhaltsleistung verpflichtet?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweise - ggf. gerichtliches Unterhaltsurteil - beifügen)			
Hat der/die Verstorbene im letzten Jahr vor dem Tode Unterhalt geleistet?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweise beifügen)			
<b>Angaben zu weiteren Eheschließungen</b>			
Haben Sie nach der Ehe mit dem/der Verstorbenen wieder geheiratet?			
<input type="checkbox"/> nein	(die weiteren Fragen zu 3.3 brauchen Sie nicht zu beantworten)		
3.3	<input type="checkbox"/> ja	(Datum)	(Name des Ehepartners)
	Ist diese Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am ..... (bitte gerichtliches Urteil und Nachweise über den Unterhaltsanspruch beifügen)			
Ist der (2.) Ehepartner verstorben?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am ..... in .....		
Todesursache: .....(bitte Sterbeurkunde beifügen)			
Erhalten Sie nach dem 2. Ehepartner Witwen(r)rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, der Unfall-versicherung oder Witwen(r)geld nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder ähnliches oder haben Sie solche Leistungen beantragt?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, leistende Stelle:.....		
Geschäftszeichen: ..... Monatsbetrag: .....			

Erhalten Sie nach dem 2. Ehemann Leistungen von berufsständischen Organisationen, Werkszuwendungen, Firmenunterstützungen oder ähnliches oder haben Sie solche Leistungen beantragt?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, leistende Stelle:..... Geschäftszeichen: ..... Monatsbetrag: .....		
Ist Ihnen anstelle der vorgenannten Leistungen eine Kapitalentschädigung gewährt worden oder ist eine zu Ihren Gunsten abgeschlossene Lebensversicherung fällig geworden?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, leistende Stelle: ..... Geschäftszeichen: ..... Betrag: .....		
Haben Sie auf Ansprüche oder Leistungen, die sich aus dieser (2.) Ehe herleiten, verzichtet?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, aus folgenden Gründen: ..... .....		
3.4	Haben Sie außer mit dem/der Verstorbenen und dem unter 3.3 genannten Ehegatten weitere Ehen geschlossen:		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	am:	mit:
		am:	mit:
<b>4</b>	<b>Kinder des(r) Verstorbenen, für die Waisenrente beantragt wird:</b>		
Name, Vornamen		Geb.-Datum	Angabe, ob leibliches Kind, an Kindes Statt angenommen, Stiefkind, Pflegekind
1.			
2.			
3.			
Anschrift (bitte amtliche Meldebestätigung beifügen)		Falls über 18 Jahre: Wird eine Schul-,Berufsausbildung absolviert oder liegt Gebrechlichkeit vor?	
1.			
2.			
3.			
Haben die Antragsteller bereits früher Versorgung beantragt?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beim Versorgungsamt/Landschaftsverband .....			
Geschäftszeichen .....			
Leben außer den Antragstellern noch weitere Angehörige des(r) Verstorbenen z. B. Eltern, Kinder - auch nichteheliche – Witwe(r), geschiedene(r) Ehepartner?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: (Name, Anschrift, Verwandtschaftsverhältnis) ..... .....			
Beziehen oder bezogen diese Angehörigen Versorgung nach dem Verstorbenen?			
<input type="checkbox"/> nein	Versorgungsamt/Landschaftsverband		Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> ja			

<b>5</b>	<b>Angaben über bereits bezogene bzw. beantragte Leistungen</b>		
	Beziehen Sie Unfallrente, Rente aus der ges. Rentenversicherung, Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder ähnliches?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von (Versicherungsträger)	Aktenzeichen
	Beziehen Sie Rente vom Landschaftsverband?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Landschaftsverband	Aktenzeichen
	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	
Haben Sie - ggf. auch früher - Leistungen der oben genannten Art beantragt?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	bei	Aktenzeichen	
Haben Sie in den letzten 3 Jahren Leistungen von einer Agentur für Arbeit erhalten oder sind Leistungen beantragt worden?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Agentur für Arbeit:                      von                      bis	Aktenzeichen	
<b>6</b>	<b>Wurde bei Ihnen eine Behinderung/Schwerbehinderung festgestellt?</b>		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von (Behörde)	
<b>7</b>	<b>Sonstige Angaben</b>		
	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:	
	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 IfSG 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 bezieht, 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 die Gesundheit des Verstorbenen, 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)