

Geschäftszeichen	Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

Antrag

auf Gewährung von Hilfe für Hinterbliebene nach dem Gesetz über die Hilfe für durch Anti-D-Immunprophylaxe mit dem Hepatitis-C-Virus infizierte Personen (Anti-D-Hilfegesetz – AntiDHG)

1	Angaben zur Person der Verstorbenen			
1.1	Name, ggf. Geburtsname		Vorname	
	Geburtsdatum		Geburtsort – Kreis – Land	
	Staatsangehörigkeit			
	Letzte Anschrift			
	Todesstag		Todesort (auch ggf. Anschrift des Krankenhauses angeben)	
	Todesursache			
	Familienstand zum Zeitpunkt des Todes (ggf. Nachweis beifügen)			
	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft beendet/aufgehoben			
	Anzahl der Kinder:			
	Bei welchem Standesamt ist der Tod beurkundet? (Bitte Sterbeurkunde beifügen)			
1.2	War die Verstorbene als Beschädigte rechtskräftig nach dem AntiDHG als Beschädigte anerkannt?			
	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja Anschrift der Behörde: Geschäftszeichen:	
2	Kinder der Verstorbenen, für die Waisenrente beantragt wird?			
2.1	Name, Vorname		Geb.-Datum	Angabe, ob leibliches Kind, an Kindes statt angenommen, Stiefkind, Pflegekind
	Familienstand			
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	Anschrift (bitte amtliche Meldebescheinigung beifügen)			Falls über 18 Jahre: Schul-, Berufsausbildung oder Gebrechlichkeit?
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			

2.2	Leben außer den Antragstellern noch weitere Angehörige der/s Verstorbenen z. B. Eltern, Kinder – auch nichteheliche –, Witwe/r, geschiedene/r Ehefrau/Ehemann?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte Name, Vorname, Anschrift und Verwandtschaftsverhältnis angeben) 1. 2. 3. 4.	
Beziehen oder bezogen diese Angehörigen Versorgung nach der Verstorbenen?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei:	
3	Sonstige Angaben	
3.1	Name / Anschrift Ihres Rentenversicherungsträgers	
		Versicherungsnummer:
Beziehen die Antragsteller Unfallrente, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie diese beantragt?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anschrift der Behörde		GZ:
3.2	Beziehen die Antragsteller Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen oder haben Sie diese beantragt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anschrift der Behörde		GZ:
3.3	Erhalten die Antragsteller Leistungen von sonstigen Sozialleistungsträgern (z. B. Sozialamt, Agentur für Arbeit oder aus dem Ausland) oder haben Sie diese beantragt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anschrift der Behörde		GZ:
3.4	Bezog die Verstorbene Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz, Häftlingshilfegesetz, Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz, Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz oder wurden diese beantragt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anschrift der Behörde		GZ:
3.5	Beziehen die Antragsteller bereits Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz, Häftlingshilfegesetz, Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz, Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz oder haben Sie diese beantragt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anschrift der Behörde		GZ:
3.6	Evtl. zustehende Leistungen sollen überwiesen werden an	
Kontoinhaber:		
Geldinstitut:		Bankleitzahl:
		Kontonummer:
		BIC/Swift-Code:
		IBAN:
		DE

4	Erklärung
	<p>Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.</p> <p>Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beifügten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung 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 Stellen innerhalb der Versorgungsverwaltung 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.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über die Gesundheit des Verstorbenen, die dem Landesamt für Soziales und Versorgung mit diesem Verfahren nach dem BVG zugänglich gemacht worden sind, auch 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.</p>
5	<p>Ich füge folgende Unterlagen bei:</p> <p>Ort, Datum _____</p> <p style="text-align: right;">Unterschrift _____</p>

Information des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg zum Datenschutz

Sie werden im Folgenden entsprechend den gesetzlichen Vorschriften gemäß Art. 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) informiert:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist das

Landesamt für Soziales und Versorgung
des Landes Brandenburg,
Lipezker Str. 45, Haus 5
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-0

Telefax: 0331 27548-4548

E-Mail: post@lasv.brandenburg.de

Internet: www.lasv.brandenburg.de

Das Landesamt wird vertreten durch die Präsidentin Frau Liane Klocek.

Mit der **Datenschutzbeauftragten** des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (LASV) können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

Landesamt für Soziales und Versorgung
Gabriele Jaron
Lipezker Str. 5, Haus 5
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-133

E-Mail: datenschutzbeauftragter@lasv.brandenburg.de

Ihre personenbezogenen Daten sind für folgenden **Zweck** erforderlich: **Bearbeitung von Versorgungsangelegenheiten nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und den Gesetzen, die das BVG für anwendbar erklären sowie dem Unterstützungsabschlussgesetz (Un-AbschlG) und dem Anti-D-Hilfegesetz (AntiDHG).**

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 Buchstaben a und e sowie Art. 9 Abs. 2 Buchstaben a und b der EU-DSGVO, § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und § 5 Abs. 1 des Brandenburgischen Datenschutzgesetzes (BbgDSG), §§ 67 ff. SGB X.

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, können wir Ihren Antrag aber möglicherweise nicht richtig bearbeiten.

Wir geben Ihre personenbezogenen Daten an Dritte weiter, wenn Sie hierzu eingewilligt haben oder eine gesetzliche Vorschrift eine **Datenübermittlung** ausdrücklich vorsieht.

Ihre Daten verarbeiten wir nur solange sie für den vorgenannten Zweck einschließlich etwaiger Rechtsbehelfsverfahren und kostenrechtlicher Abwicklung, zur Wahrnehmung der Dienst- und Fachaufsicht sowie zur Bearbeitung von Eingaben, Auskunftersuchen und Beschwerden, **erforderlich sind** und darüber hinaus gemäß den gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungsfristen.

Nach der EU-DSGVO haben Sie **folgende Rechte**:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zur Übertragbarkeit **bereitzustellen**.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundenene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.
- Sie können der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns und der Übermittlung an Dritte jederzeit **widersprechen**.

Bei **Fragen oder Beschwerden** können Sie sich auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg

Dagmar Hartge
Stahnsdorfer Damm 77
14532 Kleinmachnow

Telefon: 033203 356-0

Telefax: 033203 356-49

E-Mail: poststelle@lda.brandenburg.de

Internet: www.lda.brandenburg.de