

Geschäftszeichen	Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

Antrag
auf Gewährung einer Fürsorgeleistung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) bzw. den
Nebengesetzen
hier: einer Maßnahme nach § 27b BVG (Erholungshilfe)

1.	Angaben zur Person			
	Anspruchsberechtigte/r <input type="checkbox"/> Beschädigte/r <input type="checkbox"/> Witwe/r <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Waise <input type="checkbox"/>			
	Name, ggf. Geburtsname		Vorname	
	Geburtsdatum	Geburtsort – Kreis – Land	Staatsangehörigkeit	
	Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden getrennt lebend seit: eingetragene Lebenspartnerschaft Lebenspartnerschaft beendet/aufgehoben			
	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt			
	Straße, Hausnummer			
	PLZ	Wohnort	telefonisch tagsüber zu erreichen unter:	
	2.	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r ODER: <input type="checkbox"/> gesetzliche/r Vertreter/in * <input type="checkbox"/> bestellte/r Betreuer/in * (* Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer oder Pfleger bestellt ist.) Bitte Name, Vorname und Anschrift des Vertreters oder Betreuers oder Bevollmächtigten angeben. (Ggf. bitte Bestallungsurkunde oder Betreuungsausweis oder Vollmacht in Kopie beifügen.)		
		Name		Vorname
Straße, Hausnummer				
PLZ		Wohnort		
3.	Anspruch auf Leistungen des sozialen Entschädigungsrechts			
	Ich erhalte <input type="checkbox"/> Beschädigtenrente <input type="checkbox"/> Witwenrente/-beihilfe <input type="checkbox"/> Waisenrente/-beihilfe <input type="checkbox"/> Elternrente nach dem <input type="checkbox"/> BVG <input type="checkbox"/> OEG <input type="checkbox"/> IfSG <input type="checkbox"/> ZDG <input type="checkbox"/> HHG <input type="checkbox"/> StrRehaG <input type="checkbox"/> VwRehaG <input type="checkbox"/> der Anspruch ruht			
	Versorgungsamt:		Az.: Bescheid vom:	
	anerkannte Schädigung			
	Grad der Schädigungsfolgen (GdS) v. H.		Stufe der Pflegezulage (BVG):	
4.	Merkmale im Schwerbehindertenausweis GdB:			
	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Blind			

5.	Antrag auf eine Erholungsmaßnahme		
5.1.	Nach freier Wahl	Anreise am:	Abreise am:
	Bei Bahnreisenden	Einsteigebahnhof:	Zielbahnhof:
5.2.	In einem Vertragshaus (ggf. Wünsche zur Unterbringung und Terminierung, Zusagen dazu erhalten Sie nur vom Vertragshaus)		
	Zeit/Monat wegen:	<input type="checkbox"/> schulpflichtiger Kinder	<input type="checkbox"/> Bindung an Betriebsferien Vom _____ bis: _____ (Bescheinigung beifügen)
	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Schonkost	<input type="checkbox"/> Diätkost (detailliertes Attest unbedingt erforderlich)
	<input type="checkbox"/> Unterarmstützenträger	<input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer/in	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden
	<input type="checkbox"/> Sonstiges		
	Wenn Einberufung mit anderen Anspruchsberechtigten gewünscht wird:	Name, Vorname	
6.	Beförderungsmittel:		
	<input type="checkbox"/> Deutsche Bahn	<input type="checkbox"/> Pkw	
7.	Letzte Maßnahme wurde durchgeführt vom _____ bis _____ von _____		
	<input type="checkbox"/> Hauptfürsorgestelle	<input type="checkbox"/> Versorgungsamt	<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rentenversicherungsträger
8.	Mitfahrer/Begleitung		
	Freie Begleitung wird in Anspruch genommen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Es fahren mit:		
	Anspruchsberechtigte/r mit	<input type="checkbox"/> Sonstiger Dauerbegleitung	<input type="checkbox"/> Begleitung nur für Hin- und Rückfahrt
	<input type="checkbox"/> freier Begleitung		
	Familienangehörige des/der Anspruchsberechtigten		
		Name	Vorname
			Geburtsdatum
	Ehegatte (soweit nicht Begleitung)		
	Kind/andere Angehörige		
9.	Überwiegend unterhaltene Personen nach § 25e BVG, die nicht mitfahren (Anschrift und Ruf-Nr. von Personen angeben, die im Notfall benachrichtigt werden sollen)		
	Name		
	Vorname		
	Geburtsdatum		
	Verwandtschaftsverhältnis		
	Familienstand		
	Beruf/Tätigkeit/Ausbildung		
	Adresse		
	Ruf-Nr.:		

Nettoeinkünfte (monatlich)				
	Anspruchsberechtigter	Ehegatte	Kind	Kind
Nettoeinkommen aus Tätigkeit + Kinderzuschlag				
Sozialrenten /Pensionen + Kinderzuschuss				
Ausgleichsrente (Eheg. + Kinderzuschl.)				
Berufs- / Schadensausgleich/Elternrente				
Ausbildungsvergütung				
Ausb.- und Erz.-beihilfe zum Lebensunterhalt				
Lfd. ergänzende Hilfe				
Betriebsrente/LAG				
Versorgungsbezüge § 44 BVG				
Einkünfte aus Haus und Grundbesitz				
Einkünfte aus Vermögen/Untervermietung				
Einkommen/Unterhalt von Ehegatten (§ 25d(2) BVG)				
Sonstige KOF-Leistung				
Einkünfte insgesamt:				
Haben Sie sonstige Einkünfte? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar:				
In welcher Höhe? €				
Wurden bereits bei einer anderen Behörde Sozialleistungen beantragt?				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei welcher Stelle?				
Vermögensverhältnisse				
Ich verfüge über Vermögen (z. B. Bank- und Sparguthaben, Wertpapiere, Grundvermögen)				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar (Nachweise bitte beifügen)				
				€
				€
				€
				€
bei Anträgen auf Leistungen für Familienmitglieder				
Mein Familienmitglied hat folgendes Vermögen (z. B. Bank- und Sparguthaben, Wertpapiere, Grundvermögen)				
				€
In den letzten 10 Jahren wurde Vermögen (Geldbeträge / Grundvermögen) verschenkt				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (ggf. Unterlagen beifügen)				
Evtl. zustehende Leistungen sollen überwiesen werden an				
Kontoinhaber:				
Geldinstitut:	Bankleitzahl:	Kontonummer:		
	BIC/Swift-Code:	IBAN:		
		DE		

Versicherung

Ich versichere, dass alle Angaben im Antragsbogen zu meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen umfassend und zutreffend sind.

Ich verpflichte mich, jede Veränderung in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen sowie in den Verhältnissen meiner im Haushalt lebenden Angehörigen umgehend anzuzeigen. Die Anzeigepflicht schließt auch die Unterrichtung über die Bescheiderteilung gegenwärtig noch laufender Anträge auf Gewährung von Renten oder anderen Sozialleistungen bzw. anderen einkommensabhängigen Einkünften für mich und meine Haushaltsangehörigen ein.

Meine Mitwirkungspflichten ergeben sich aus §§ 60 ff SGB I.

Die Erhebung der personenbezogenen Daten meiner Angehörigen erfolgt auf der Grundlage des § 99 SGB X.

Erklärung

siehe Anlage

Ort, Datum

Unterschrift

Von der Verwaltung auszufüllen

Berechnung für Ehegatten:	Euro		Erholungsbedarf für	Tage	€
Fam.-zuschlag			Anspruchsberechtigte/n		
Mietanteil, Werbungskosten, usw.			Begleitung/Ehegatte		
Eigenanteil			Erhol.-bedingte Aufwendung		
Bedarf			Fahrtkosten		
Leistung bzw. Überschuss			Gepäckpauschale		
Hiervon abzusetzen			Summe		
Beträge gemäß §§ 25d Ziff. 3 und 4 BVG, 32 KFÜrsV			Einkommensüberschuss		
§§ 25c (3) BVG i.V.m. 45 (2) KFÜrsV Höchstbetrag nicht überschreiten					
Grundrente § 44 BVG				(bei § 42 KFÜrsV Höchstbetrag nicht überschreiten)	
Summe			./ § 25c (3) BVG i.V.m. 41ff KFÜrsV		
Einkommensgrenze					
Grundbetrag					
Fam.zuschlag					
Kosten Unterkunft ./ Wohngeld anteilig			+ häusliche Ersparnisse		
Einkommensüberschuss			Eigenanteil Anspruchsberechtigt.		
			Eigenanteil Ehegatte		
			Summe Eigenanteil		
			Bedarf		
			Leistung		
				Datum	
			Sachlich und rechnerisch richtig:		

Name: _____

Geschäftszeichen: _____

Erklärung und Information zum Antrag auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und den Nebengesetzen

1. Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich bin darüber unterrichtet, dass die Prüfung des Landesamtes für Soziales und Versorgung darauf ausgerichtet ist, zu meinen Gunsten alle in Betracht kommenden gesundheitlichen Schädigungen festzustellen. Zu diesem Zweck holt es alle notwendigen medizinischen und sonstigen Unterlagen sowie Auskünfte bei Ärzten und anderen Stellen ein, die ich im Antrag angegeben habe. Das schließt die Unterlagen und Auskünfte ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

In Kenntnis dessen **willige ich ein**, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung von den von mir im Antrag bzw. im weiteren Verfahren angegebenen oder aus den überlassenden Unterlagen ersichtlichen **Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen alle medizinischen Unterlagen und Auskünfte in dem Umfang anfordert**, wie diese Aufschluss über die mir vorliegenden gesundheitlichen Schädigungen geben können.

Ich stimme der Verwertung der Unterlagen und Auskünfte zu und entbinde die beteiligten Ärzte und sonstigen beteiligten Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig ist und jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann. Sie gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein eventuell anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie erstreckt sich auch auf psychische, psychoanalytische und psychotherapeutische Unterlagen und Behandlungen. Soweit ich damit nicht einverstanden bin, habe ich die Beschränkungen dieser Einwilligung unten vermerkt.

Ärztliche Untersuchungen, die während dieses Verwaltungsverfahrens stattgefunden haben, werde ich dem Landesamt für Soziales und Versorgung **umgehend mitteilen**. Sofern ich mit der Verwertung der Unterlagen und Auskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen einverstanden bin, werde ich dies bei der Mitteilung erklären und insoweit auch die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses:

2. Information der Antragstellerin/des Antragstellers

Das Landesamt für Soziales und Versorgung möchte Sie darüber informieren, dass es **medizinische Daten**, die ihm bereits vorliegen oder die es gemäß Ziffer 1 mit Ihrer Einwilligung erhalten hat, an andere Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Renten- und Unfallversicherungsträger) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben sowie an Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit **weitergeben darf**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung darf es diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (z. B. zu beauftragende Gutachter) übermitteln, wenn und soweit dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X).

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB).

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Ziffer 1) ist die Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers – nicht die des ggf. Bevollmächtigten – erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift

Wortlaut Gesetzestexte

§ 66 SGB I – Folgen fehlender Mitwirkung

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 69 SGB X (Auszug) – Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben

- (1) Eine Übermittlung von Sozialdaten ist zulässig, soweit sie erforderlich ist
1. für die Erfüllung der Zwecke, für die sie erhoben worden sind oder für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe der übermittelnden Stelle nach diesem Gesetzbuch oder einer solchen Aufgabe des Dritten, an den die Daten übermittelt werden, wenn er eine in § 35 des Ersten Buches genannte Stelle ist,
 2. für die Durchführung eines mit der Erfüllung einer Aufgabe nach Nummer 1 zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens einschließlich eines Strafverfahrens ...

§ 76 SGB X (Auszug) – Einschränkung der Übermittlungsbefugnis bei besonders schutzwürdigen Sozialdaten

(1) Die Übermittlung von Sozialdaten, die einer in § 35 des Ersten Buches genannten Stelle von einem Arzt oder einer anderen in § 203 Abs. 1 und 3 des Strafgesetzbuches genannten Person zugänglich gemacht worden sind, ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre.

(2) Absatz 1 gilt nicht

1. im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der Betroffene der Übermittlung widerspricht; der Betroffene ist von der verantwortlichen Stelle zu Beginn des Verfahrens in allgemeiner Form schriftlich auf das Widerspruchsrecht hinzuweisen,
2. im Rahmen des § 69 Abs. 4 und 5 und des § 71 Abs. 1 Satz 3 ...