

Geschäftszeichen	Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

Antrag

auf Gewährung einer Hilfe nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) in Verbindung mit der Orthopädieverordnung (OrthV)

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: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> 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.	Antrag auf:				
		vom	Monat	Jahr	
	<ul style="list-style-type: none"> Neuanfertigung / Nachlieferung bei Erhaltung des vorhandenen Systems 				Beinprothese
					Stützapparat
					Kunstarm
	<ul style="list-style-type: none"> Neuanfertigung / Nachlieferung durch Änderung des vorhandenen Systems 				Kunstauge
					orthopädische Haus- oder Straßenschuhe
	<ul style="list-style-type: none"> Instandsetzung meines Hilfsmittels 				(E) Rollstuhl / technische Hilfen
					Sonstige Hilfen
	<ul style="list-style-type: none"> Ersatzleistungen nach §§ 22 ff. OrthV 	•			
•					
•					
•					
<ul style="list-style-type: none"> Weitere Leistungen 					
<input type="checkbox"/> Fahrtkostenerstattung zur orthopädischen Werkstatt oder zu den Lieferanten von Hilfsmitteln					
5.	Evtl. zustehende Leistungen sollen überwiesen werden an				
	Kontoinhaber:				
	Geldinstitut:	Bankleitzahl:	Kontonummer:		
		BIC/Swift-Code:	IBAN:		
			DE		
6.					
	Ort, Datum		Unterschrift		

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