

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 <input style="width: 40%; border: none;" type="text"/> Vorname <input style="width: 40%; border: none;" type="text"/>	
Geburtsdatum <input style="width: 20%; border: none;" type="text"/> Geburtsort – Kreis – Land <input style="width: 40%; border: none;" type="text"/> Staatsangehörigkeit <input style="width: 30%; border: none;" type="text"/>	
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 <input style="width: 90%; border: none;" type="text"/>	
PLZ <input style="width: 20%; border: none;" type="text"/> Wohnort <input style="width: 30%; border: none;" type="text"/> telefonisch tagsüber zu erreichen unter: <input style="width: 40%; border: none;" type="text"/>	
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 <input style="width: 40%; border: none;" type="text"/> Vorname <input style="width: 40%; border: none;" type="text"/> Straße, Hausnummer <input style="width: 90%; border: none;" type="text"/> PLZ <input style="width: 20%; border: none;" type="text"/> Wohnort <input style="width: 30%; border: none;" type="text"/>
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: <input style="width: 20%; border: none;" type="text"/> Az.: <input style="width: 20%; border: none;" type="text"/> Bescheid vom: <input style="width: 20%; border: none;" type="text"/>	
anerkannte Schädigung <input style="width: 90%; border: none;" type="text"/>	
Grad der Schädigungsfolgen (GdS) <input style="width: 20%; border: none;" type="text"/> v. H. <input style="width: 20%; border: none;" type="text"/> Stufe der Pflegezulage (BVG): <input style="width: 40%; border: none;" type="text"/>	

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		