

Geschäftszeichen	Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

Antrag

auf Gewährung einer Kapitalabfindung nach den §§ 72 – 80 Bundesversorgungsgesetz und dem Gesetz zur Sicherstellung der Grundrentenabfindung in der Kriegsopferversorgung (Rentenkapitalisierungsgesetz – KOV)

Hinweis:

Die nachstehend erbetenen personenbezogenen Daten werden benötigt, um über Ihren Antrag auf Kapitalabfindung entscheiden zu können. Der Datenschutz wird gewährleistet. Ihre Mitwirkungspflichten ergeben sich aus § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Vergessen Sie bitte nicht, den Antrag selbst zu unterschreiben.

1.	<p>Angaben zur Person</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Name, ggf. Geburtsname</td> <td>Vorname</td> </tr> <tr> <td>Geburtsdatum</td> <td>Geburtsort – Kreis – Land</td> <td>Staatsangehörigkeit</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> Familienstand seit: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft beendet/aufgehoben </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Straße, Hausnummer</td> </tr> <tr> <td>PLZ</td> <td>Wohnort</td> <td>telefonisch tagsüber zu erreichen unter:</td> </tr> </table>	Name, ggf. Geburtsname		Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort – Kreis – Land	Staatsangehörigkeit	Familienstand seit: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft beendet/aufgehoben			Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt			Straße, Hausnummer			PLZ	Wohnort	telefonisch tagsüber zu erreichen unter:
Name, ggf. Geburtsname		Vorname																	
Geburtsdatum	Geburtsort – Kreis – Land	Staatsangehörigkeit																	
Familienstand seit: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft beendet/aufgehoben																			
Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt																			
Straße, Hausnummer																			
PLZ	Wohnort	telefonisch tagsüber zu erreichen unter:																	
1.3	<p><input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r ODER: <input type="checkbox"/> bestellte/r Betreuer/in * (* Bei Personen, für die ein Betreuer oder Pfleger bestellt ist.) Bitte Name, Vorname und Anschrift des Betreuers oder Bevollmächtigten angeben. (Ggf. bitte Bestallungsurkunde oder Betreuungsausweis oder Vollmacht in Kopie beifügen.)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Name</td> <td>Vorname</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Straße, Hausnummer</td> </tr> <tr> <td>PLZ</td> <td>Wohnort</td> </tr> </table> <p>Ich habe Kinder, die von mir unterhalten werden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Anzahl der Kinder: _____</p> <p>derzeitiger Beruf</p> <input type="checkbox"/> nichtselbstständige Tätigkeit als _____ <input type="checkbox"/> selbstständige Tätigkeit als _____ <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> zurzeit arbeitslos	Name	Vorname	Straße, Hausnummer		PLZ	Wohnort												
Name	Vorname																		
Straße, Hausnummer																			
PLZ	Wohnort																		
2.	<p>Anspruch auf Leistungen des sozialen Entschädigungsrechts</p> <p>Ich erhalte</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Beschädigtenrente</td> <td><input type="checkbox"/> Witwenrente/-beihilfe</td> <td><input type="checkbox"/> Waisenrente/-beihilfe</td> <td><input type="checkbox"/> Elternrente nach dem</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> BVG</td> <td><input type="checkbox"/> OEG</td> <td><input type="checkbox"/> IfSG</td> <td><input type="checkbox"/> AntiDHG</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Opferpension § 17 a StrRehaG</td> <td><input type="checkbox"/> ZDG</td> <td><input type="checkbox"/> HHG</td> <td><input type="checkbox"/> StrRehaG</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> VwRehaG</td> <td></td> </tr> </table>	<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"/> AntiDHG	<input type="checkbox"/> Opferpension § 17 a StrRehaG	<input type="checkbox"/> ZDG	<input type="checkbox"/> HHG	<input type="checkbox"/> StrRehaG			<input type="checkbox"/> VwRehaG			
<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"/> AntiDHG																
<input type="checkbox"/> Opferpension § 17 a StrRehaG	<input type="checkbox"/> ZDG	<input type="checkbox"/> HHG	<input type="checkbox"/> StrRehaG																
		<input type="checkbox"/> VwRehaG																	

4.2	Grundbuchamt / Amtsgericht:
	Angaben zum derzeitigen Eigentümer / Erbbauberechtigten Name und Anschrift:
	wirtschaftliche Stärkung
	<input type="checkbox"/> eigenen Grundbesitzes
	<input type="checkbox"/> eigenen Wohnungseigentums
	in Form von:
	<input type="checkbox"/> Entschuldung / Verbesserung der Belastungsverhältnisse
	<input type="checkbox"/> Bau eines Wohnhauses auf bereits vorhandenen eigenen Grundbesitzes (Neubau)
<input type="checkbox"/> Ausbau, Erweiterung, Umbau eines Wohnhauses	
<input type="checkbox"/> Instandsetzung (keine Schönheitsreparaturen), Modernisierung eines Wohnhauses oder einer Eigentumswohnung	
Lage des Grundstückes / des Wohnungseigentum und Grundbuchbezeichnung Lage / Bezeichnung:	
Grundbuchamt / Amtsgericht:	
Angaben zum derzeitigen Eigentümer / Erbbauberechtigten Name und Anschrift:	
4.3	Finanzierung eines eigenen Bausparvertrages Die Kapitalabfindung soll zur Finanzierung eines eigenen Bausparvertrages
	<input type="checkbox"/> mit einer Bausparkasse
	<input type="checkbox"/> mit dem Beamtenheimstättenwerk
	für nachfolgend unter Ziffer 4.1 bis 4.2 genannten Zweck verwendet werden:
	Name der Bausparkasse: _____
	Anschrift der Bausparkasse: _____

	Vertragsnummer: _____
	Ich beantrage zur Durchführung meines Vorhabens eine Kapitalabfindung in Höhe von _____ €
5.	als Unterlagen sind beigelegt:
6.	Versicherung Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und sämtliche Angaben richtig und vollständig gemacht worden sind.

7.	Einverständniserklärung Im Rahmen der Prüfung des Antrages auf Kapitalabfindung erkläre ich mich mit einer Auskunftserteilung des Finanzamtes, des Kreditinstitute, des Bauträgers, der Bausparkasse und sonstiger Stellen einverstanden.
8.	Hinweis Es wird darauf hingewiesen, dass eine Entscheidung über Ihren Antrag auf Kapitalabfindung erst nach eingehender Prüfung getroffen werden kann. Darüber hinaus werden Sie darauf hingewiesen, dass Sie, solange Ihnen der Feststellungsbescheid nicht zugestellt worden ist, für Sie bindende Verträge, die mit dem Abfindungsbetrag erfüllt werden sollen, nur auf eigenes Risiko abschließen können. _____ 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.la.brandenburg.de