

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 Anspruchsberechtig.		
			Eigenanteil Ehegatte		
			Summe Eigenanteil		
			Bedarf		
			Leistung		
				Datum	
			Sachlich und rechnerisch richtig:		

Name: : _____

Geschäftszeichen: _____

Information und Erklärung zum Antrag auf Gewährung von Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und den Gesetzen, die das BVG für anwendbar erklären sowie dem Anti-D-Hilfegesetz (AntiDHG) und dem Unterstützungsabschlussgesetz (UntAbschIG)

Mir ist bekannt, dass im Rahmen meiner Versorgungsangelegenheit nach dem Sozialen Entschädigungsrecht zur Prüfung der Schädigungsfolgen und aller in Betracht kommenden Leistungen aktuelle Angaben über meinen Gesundheitszustand und ggf. über meine Einkommensverhältnisse benötigt werden. Soweit meine Angaben und Unterlagen für eine sachgerechte Beurteilung nicht ausreichen, ist die zuständige Versorgungsbehörde auf weitere Unterlagen und Auskünfte der mich behandelnden Ärztinnen/Ärzte und Einrichtungen und sonstigen Stellen angewiesen, auch soweit diese von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Einrichtungen erstellt worden sind.

1. Übermittlung personenbezogener Daten

Ich nehme zur Kenntnis, dass die zuständige Versorgungsbehörde meine personenbezogenen Daten (Art. 4 Nr. 1 DSGVO), insbesondere auch Gesundheitsdaten (Art. 4 Nr. 15 DSGVO), erfasst und speichert (§ 67 c SGB X), an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Renten- und Unfallversicherungsträger, Hauptfürsorgestellen) im erforderlichen und erlaubten Umfang für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben sowie an Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermitteln darf. Zur eigenen Aufgabenerfüllung darf das LASV diese personenbezogenen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel an mit medizinischer Begutachtung beauftragende Gutachter*innen) übermitteln, wenn und soweit dies erforderlich ist. Darüber hinaus darf sich die zuständige Versorgungsbehörde personenbezogene Daten von anderen Sozialleistungsträgern übermitteln lassen, soweit diese für die eigene Aufgabenwahrnehmung erforderlich sind. Die gesetzliche Grundlage für die Übermittlung personenbezogener Daten sind Art. 6 und 9 DSGVO i.V.m. §§ 69 Absatz 1 Nummer 1 und 2 sowie § 76 Absatz 2 Nummer 1 SGB X.

Mir ist bekannt, dass ich einer solchen Übermittlung jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widersprechen kann.

2. Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Sofern ich **Beschädigtenversorgung** beantragt habe bzw. soweit es für eine Entscheidung über meinen Antrag auf **Hinterbliebenenversorgung** notwendig ist bin ich damit einverstanden, dass die zuständige Versorgungsbehörde von den von mir im Antrag bzw. im weiteren Verfahren angegebenen oder aus den überlassenen Unterlagen ersichtlichen Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Krankenanstalten (auch privaten), Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Behörden (z. B. Gesundheits- und Jugendämtern), Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Ermittlungsbehörden (Polizei, Staatsanwaltschaft), Gerichten und sonstigen Personen und Stellen Unterlagen (insbesondere medizinische Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder) und Auskünfte in dem Umfang einholt, wie diese Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände, insbesondere auch meinen Gesundheitszustand, geben können. Meine Einwilligung erstreckt sich auch auf psychische, psychoanalytische und psychotherapeutische Unterlagen und Behandlungen.

Meine Einwilligung erstreckt sich ebenfalls auf Auskünfte über meine Einkommensverhältnisse bei Arbeitgebern, Finanzämtern, Renten-, Unfall- und Sozialversicherungsträgern, Agenturen für Arbeit, Kranken- und Pflegekassen und anderen Stellen i.S.d. § 12 SGB X, sofern deren Angaben für die Entscheidung über einkommensabhängige Leistungen erforderlich sind.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung **freiwillig** ist und von mir jederzeit und ohne Angabe von Gründen **beschränkt bzw. widerrufen** werden kann. Eine nachträgliche Beschränkung oder ein Widerruf wirken sich allerdings nicht für die Vergangenheit, sondern nur für die Zukunft aus. Die Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung gilt für dieses Verfahren und für ein sich gegebenenfalls anschließendes Widerspruchsverfahren sowie für das Verfahren zur Durchsetzung der auf das Land übergegangenen Schadensersatzansprüche. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

In Kenntnis dessen entbinde ich die behandelnden und beteiligten Ärztinnen/Ärzte und sonstigen Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht und willige ausdrücklich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere meiner Gesundheitsdaten und Daten zu meinen Einkommensverhältnissen, durch die zuständige Versorgungsbehörde für die obengenannten Zwecke ein.

Von dieser Einverständniserklärung schließe ich ausdrücklich aus:

- bitte Arzt/Ärztin, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen -

Ich weiß, dass das LASV dann nur nach Lage des Akteninhalts prüfen und dies zu einem negativen Ergebnis für mich führen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers
oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

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