

Geschäftszeichen	Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

Antrag

auf Gewährung von Hinterbliebenenversorgung nach dem Gesetz über die Aufhebung rechtsstaatswidriger Verwaltungsentscheidungen im Beitrittsgebiet (Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz – VwRehaG)

1	Angaben zur Person des Verstorbenen		
1.1	Name, ggf. Geburtsname		Vorname
	Geburtsdatum	Geburtsort – Kreis – Land	Staatsangehörigkeit
	Letzte Anschrift		
	Todestag	Todesort (auch ggf. Anschrift des Krankenhauses angeben)	
	Todesursache		
	Familienstand zum Zeitpunkt des Todes (ggf. Nachweis beifügen)		
	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft beendet/aufgehoben		
	Anzahl der Kinder:		
	Bei welchem Standesamt ist der Tod beurkundet? (Bitte Sterbeurkunde beifügen)		
	1.2	War der/die Verstorbene als Beschädigte(r) nach dem Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz anerkannt?	
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja Anschrift der Behörde: Geschäftszeichen: Wenn ja, brauchen die Fragen zu Punkt 2 <u>nicht</u> beantwortet werden!	
2	Angaben zum schädigenden Ereignis		
2.1	Angaben zu rechtsstaatswidrigen Verwaltungsentscheidungen in der ehemaligen DDR (Zutreffendes unterstreichen)		
	von	bis	Art und Ort der Maßnahme
2.2	Welche Stelle bewirkte die Maßnahme(n)?		

2.3	Von welchem Bezirksgericht/Landgericht wurde der/die Verstorbene rehabilitiert?		
2.4	Auf welche schädigenden Ereignisse wird der Tod des/der Verstorbenen zurückgeführt? (Genaue Schilderung mit Angabe von Zeit und Ort ggf. auf einem gesonderten Blatt.)		
3.	Welche Personen können als Zeugen Auskunft geben über während der rechtsstaatswidrigen Verwaltungsentscheidung(en) erlittene Schädigungen der/des Verstorbenen? (Bitte genaue Anschrift angeben.)		
4.	Angaben zu ärztlichen / sonstigen Behandlungen und zur Krankenversicherung der/des Verstorbenen		
4.1	ambulante / stationäre Behandlung		
	von – bis	Name des Arztes / der Einrichtung	Grund der Behandlung
4.2	Name und Anschrift des Hausarztes		
4.3	Bei welchen anderen Stellen befinden sich ärztliche Unterlagen/Gutachten über die bis zum Zeitpunkt des Todes bestehenden Gesundheitsstörungen – z.B. Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit, Pflegekasse -?		
	Name – Bezeichnung	Anschrift	Geschäftszeichen
4.4	Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen		
	von – bis	Name – Anschrift der Krankenkasse	des jeweiligen Arbeit- gebers
		Versicherungs-Nr.	
		(Bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben des Hauptversicherten.)	
<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichertes Mitglied <input type="checkbox"/> privat versichert			

5 Kinder der/des Verstorbenen, für die Waisenrente beantragt wird?					
5.1	Name, Vorname		Geb.-Datum	Angabe, ob leibliches Kind, an Kindes statt angenommen, Stiefkind, Pflegekind	Familienstand
	1.				
	2.				
	3.				
	Anschrift (bitte amtliche Meldebescheinigung beifügen)			Falls über 18 Jahre: Schul-, Berufsausbildung oder Gebrechlichkeit?	
	1.				
	2.				
3.					
5.2	Leben außer den Antragstellern noch weitere Angehörige des(r) Verstorbenen z. B. Eltern, Kinder – auch nichteheliche –, Witwe(r), geschiedene Ehefrau/Ehemann?				
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte Name, Vorname, Anschrift und Verwandtschaftsverhältnis angeben)			
		1.			
		2.			
		3.			
	Beziehen oder bezogen diese Angehörigen Versorgung nach der/dem Verstorbenen?				
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei:			
6 Sonstige Angaben					
6.1	Name / Anschrift Ihres Rentenversicherungsträgers				
	Versicherungsnummer:				
	Beziehen die Antragsteller Unfallrente, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie diese beantragt?				
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Anschrift der Behörde		
				GZ:	
6.2	Beziehen die Antragsteller Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen oder haben Sie diese beantragt?				
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Anschrift der Behörde		
				GZ:	
6.3	Erhalten die Antragsteller Leistungen von sonstigen Sozialleistungsträgern (z. B. Sozialamt, Agentur für Arbeit oder aus dem Ausland) oder haben Sie diese beantragt?				
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Anschrift der Behörde		
				GZ:	
6.4	Bezogen die/der Verstorbene Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz, Häftlingshilfegesetz, Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz, Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz oder wurden diese beantragt?				
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Anschrift der Behörde		
				GZ:	
6.5	Beziehen die Antragsteller bereits Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz, Häftlingshilfegesetz, Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz, Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz oder haben Sie diese beantragt?				
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Anschrift der Behörde		
				GZ:	

6.6	Evtl. zustehende Leistungen sollen überwiesen werden an		
	Kontoinhaber:		
	Geldinstitut:	Bankleitzahl:	Kontonummer:
		BIC/Swift-Code:	IBAN: DE
7	Erklärung		
	Siehe Anlage		
8	Ich füge folgende Unterlagen bei:		
	Ort, Datum _____	Unterschrift _____	

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 (UntAbschIG) 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