

## Antrag auf Entschädigung

### Gesetz über Hilfsmaßnahmen für Personen, die aus politischen Gründen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in Gewahrsam genommen wurden (Häftlingshilfegesetz – HHG) in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (Soziale Entschädigung - SGB XIV)

### Antrag für Witwen / Witwer / Partner eheähnlicher Gemeinschaften (§ 5 HHG)

Wer Sozialleistungen beantragt, muss gemäß § 60 Sozialgesetzbuch - Erster Teil - alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen angeben. Wir bitten Sie daher, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten (Zutreffendes ankreuzen  oder ausfüllen) und den Antrag an die oben genannte Behörde zu senden. Sollten Sie einen Bevollmächtigten, bspw. einen Rechtsanwalt, mit der Wahrnehmung Ihrer Interessen beauftragt haben bzw. noch beauftragen, bitten wir diesen von der Antragstellung zu unterrichten.

Ihre Angaben sind aufgrund der §§ 1 ff. HHG i. V. m. dem SGB XIV für die Entscheidung über Ihren Antrag erforderlich. Dem Antragsformular liegt eine Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung und ein Informationsblatt zum Datenschutz bei.

#### 1. Angaben zur verstorbenen Person

Zu- und Vorname			<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	Todestag (Sterbeurkunde beifügen)	Letzte Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort)			

#### 2. Angaben zur Witwe/zum Witwer/zur hinterbliebenen Lebenspartnerin/zum hinterbliebenen Lebenspartner

Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname und frühere Namen			<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit				
	<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> .....	Ich halte mich in Deutschland auf seit (TT/MM/JJJJ): .....		
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort)			Telefon/E-Mail (freiwillige Angabe)		
Stehen Sie unter Betreuung? (ggf. Betreuungsausweis beifügen)					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>2.1</b>	<b>Witwen/Witwer/hinterbliebene Lebenspartner</b>				
Tag und Ort der Eheschließung/der Eintragung der Lebenspartnerschaft mit der verstorbenen Person (Amtliche Urkunde beifügen.)					
Wurde die Ehe/Lebenspartnerschaft mit der verstorbenen Person vor deren Tod geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?					
<input type="checkbox"/> Ja, am ..... (Amtliche Urkunde beifügen.)					<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie nach dem Tode der verstorbenen Person erneut eine Ehe/Lebenspartnerschaft geschlossen?					
<input type="checkbox"/> Ja, am ..... (Amtliche Urkunde beifügen.)					<input type="checkbox"/> Nein
Leben minderjährige Kinder in Ihrem Haushalt?					
<input type="checkbox"/> Ja	Anzahl .....	Kindschaftsverhältnis zur verstorbenen Person			<input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> leiblich	<input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> sonstiges

<b>2.2</b>	<b>Hinterbliebene Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft</b>	
Lebten Sie mit der verstorbenen Person in einer eheähnlichen Gemeinschaft?		
<input type="checkbox"/> Ja, seit .....	<input type="checkbox"/> Nein	
Betreuen Sie unter Verzicht auf eine Erwerbstätigkeit ein gemeinschaftliches Kind in dessen ersten drei Lebensjahren?		
<input type="checkbox"/> Ja, seit .....	<input type="checkbox"/> Nein	Name/Geburtsdatum des Kindes (Geburtsurkunde beifügen)
Haben Sie nach dem Tode der verstorbenen Person eine Ehe/Lebenspartnerschaft geschlossen?		
<input type="checkbox"/> Ja, am ..... (Amtliche Urkunde beifügen.)	<input type="checkbox"/> Nein	

### 3. Schädigendes Ereignis / Haft bzw. Gewahrsam (Zeiträume, Staaten/Orte)

Soweit eine Bescheinigung nach Nr. 4 vorliegt und dem Antrag beigefügt wird, sind die dortigen Angaben ausreichend.

### 4. Bescheinigung zur verstorbenen Person als Nachweis für das schädigende Ereignis (§ 10 Abs. 4 HHG)

<b>Liegt eine Bescheinigung über das schädigende Ereignis (§ 1 Abs. 1 HHG) und das Nichtvorliegen von Ausschließungsgründen (§ 2 HHG) vor?</b>	
<input type="checkbox"/> Ja, ausgestellt am ..... durch folgende Behörde: .....	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Die Bescheinigung ist dem Antrag beigefügt.	Bitte einen Antrag bei der zuständigen Behörde stellen und die Entscheidung nachreichen.

### 5. Gesundheitsstörungen der verstorbenen Person, die bereits v o r dem schädigenden Ereignis vorlagen

Körperschäden/Gesundheitsstörungen	von – bis	Anschrift Arzt/Krankenhaus

### 6. Ärztliche Behandlungen der verstorbenen Person n a c h dem schädigenden Ereignis (ambulant/stationär)

Behandlungsursache (Gesundheitsstörung/Krankheit)	von – bis	Anschrift Arzt/Krankenhaus

### 7. Krankenversicherung der verstorbenen Person

	Name/Anschrift der Krankenversicherung/Beihilfestelle/Heilfürsorgestelle
<input type="checkbox"/> im Zeitpunkt der Schädigung	
<input type="checkbox"/> im Zeitpunkt des Todes	

### 8. Kosten der Überführung und Bestattung für die verstorbene Person

Ich beantrage Leistungen für die Überführung und die Bestattung nach dem SGB XIV.  
Der KSV Sachsen wird so schnell wie möglich Kontakt zu Ihnen aufnehmen. Entsprechende Leistungen Dritter aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften werden angerechnet.

### 9. Psychotherapeutische Intervention als Schnelle Hilfe in einer Traumaambulanz

Ich benötige psychotherapeutische Hilfe in einer Traumaambulanz; ich bin diesbezüglich in keiner Behandlung.  
Ich habe bereits Kontakt aufgenommen zu folgender Traumaambulanz: .....

**10. Bezug/Beantragung von anderen Leistungen**

<b>10.1. Haben Sie wegen des Todes Ihres Angehörigen bei einer anderen Behörde einen Antrag auf Entschädigung gestellt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behörde: _____ Aktenzeichen: _____	
<b>10.2. Beziehen Sie bereits Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (neu – SGB XIV; alt – Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz; Soldatenversorgungsgesetz; Häftlingshilfegesetz; Strafrechtliches oder Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz) oder wurden von Ihnen entsprechende Leistungen beantragt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behörde: _____ Aktenzeichen: _____	

**11. Datenaustausch mit anderen Sozialleistungsträgern**

Ich nehme zur Kenntnis, dass die medizinischen Auskünfte und Unterlagen, die der Kommunale Sozialverband Sachsen im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB XIV erhalten hat, nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden dürfen, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung der betroffenen Leistungsträger erforderlich ist (§§ 69 Abs. 1, 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Dieser Datenübermittlung kann hier und jederzeit widersprochen werden. /  Ich erhebe diesbezüglich Widerspruch.

**12. Platz für zusätzliche Angaben**

**Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Leistungen, die aufgrund meiner Angaben zu Unrecht erbracht wurden, werden zurückgefordert.**

Datum	Ihre Unterschrift / Unterschrift des Vertretenden

Folgende Unterlagen liegen dem Antrag bei: