

## Antrag auf Entschädigung

### Gesetz über die Aufhebung rechtsstaatswidriger Verwaltungsentscheidungen im Beitrittsgebiet und die daran anknüpfenden Folgeansprüche (Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz – VwRehaG) in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (Soziale Entschädigung - SGB XIV)

### Antrag für Waisen (§ 4 VwRehaG)

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. VwRehaG 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 Waise

|                                                                                                                                                                                                             |                                  |                                |                                                                                                                |                                   |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 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)                                                                            |                                   |                                 |
| Art des Kindschaftsverhältnisses zur verstorbenen Person: <input type="checkbox"/> leiblich <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> sonstiges ..... |                                  |                                |                                                                                                                |                                   |                                 |
| Derzeit befinde ich mich in Schul-/Berufsausbildung, im Studium, im Freiwilligendienst, in Warte-/Übergangszeit oder ähnliches:                                                                             |                                  |                                |                                                                                                                |                                   |                                 |
| Zeitraum                                                                                                                                                                                                    |                                  |                                | Art der Beschäftigung / Grund                                                                                  |                                   |                                 |
| Liegt eine anerkannte Behinderung vor oder haben Sie eine solche Feststellung beantragt (Grad der Behinderung)?                                                                                             |                                  |                                | <input type="checkbox"/> Ja, bei folgender Behörde<br>.....                                                    | <input type="checkbox"/> Nein     |                                 |
| Liegt Pflegebedürftigkeit vor oder haben Sie einen Pflegegrad beantragt?                                                                                                                                    |                                  |                                | <input type="checkbox"/> Ja, bei folgender Pflegekasse<br>.....                                                | <input type="checkbox"/> Nein     |                                 |
| Stehen Sie unter Betreuung? (ggf. Betreuungsausweis beifügen)                                                                                                                                               |                                  |                                | <input type="checkbox"/> Ja                                                                                    |                                   | <input type="checkbox"/> Nein   |
| Sind Sie minderjährig (keine Vollendung des 18. Lebensjahres)?                                                                                                                                              |                                  |                                | <input type="checkbox"/> Ja                                                                                    |                                   | <input type="checkbox"/> Nein   |
| Name/ggf. Anschrift des ersten Personensorgeberechtigten                                                                                                                                                    |                                  |                                | Name/ggf. Anschrift des zweiten Personensorgeberechtigten                                                      |                                   |                                 |
| .....<br>.....                                                                                                                                                                                              |                                  |                                | .....<br>.....                                                                                                 |                                   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Anschrift wie die verstorbene Person                                                                                                                                               |                                  |                                | <input type="checkbox"/> Anschrift wie die verstorbene Person                                                  |                                   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Elternteil / <input type="checkbox"/> Großelternteil / <input type="checkbox"/> .....                                                                                              |                                  |                                | <input type="checkbox"/> Elternteil / <input type="checkbox"/> Großelternteil / <input type="checkbox"/> ..... |                                   |                                 |

**3. Schädigendes Ereignis / rechtsstaatswidrige Verwaltungsentscheidung vor dem 03.10.1990**

|  |
|--|
|  |
|--|

**4. Rehabilitierungsentscheidung zur verstorbenen Person**

Liegt eine Rehabilitierungsentscheidung über die Aufhebung oder die Feststellung der Rechtsstaatswidrigkeit einer Verwaltungsentscheidung aus der Zeit vor dem 03.10.1990 vor?

- Ja, durch Entscheidung der Rehabilitierungsbehörde in .....
- Die Rehabilitierungsentscheidung ist dem Antrag beigelegt.

Nein

Bitte einen Antrag bei der zuständigen Rehabilitierungsbehörde stellen und die Entscheidung nachreichen.

**5. Körperschäden/Gesundheitsstörungen/Todursache im Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis**

Beschreibung des ursächlichen Zusammenhangs mit dem schädigenden Ereignis und Auswirkungen im täglichen Leben der verstorbenen Person

|  |
|--|
|  |
|--|

**6. Gesundheitsstörungen der verstorbenen Person, die bereits v o r dem schädigenden Ereignis vorlagen**

| Körperschäden/Gesundheitsstörungen | von – bis | Anschrift Arzt/Krankenhaus |
|------------------------------------|-----------|----------------------------|
|                                    |           |                            |
|                                    |           |                            |
|                                    |           |                            |

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

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

**8. Krankenversicherung der verstorbenen Person**

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

**9. 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.

**10. 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: .....

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>11.1. Haben Sie wegen des Todes Ihres Angehörigen bei einer anderen Behörde einen Antrag auf Entschädigung gestellt?</b><br><br>Behörde: _____ Aktenzeichen: _____                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>11.2. 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><br><br>Behörde: _____ Aktenzeichen: _____ | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

**12. 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.

**13. 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: