

## Antrag auf Entschädigung

### Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (Soziale Entschädigung - SGB XIV)

### Schädigungen durch Ableistung des Zivildienstes

### Antrag für Witwen / Witwer / Partner eheähnlicher Gemeinschaften

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 des 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. Zugehörigkeit der verstorbenen Person zur Zivildienststelle**

Zivildienst-Nummer:		
Die verstorbene Person hat Zivildienst geleistet		
VON-bis (einschließlich Entlassungstag)	Dienststelle / Bundesland	Funktion

**4. Schädigendes Ereignis**

<b>4.1. Wann und wo hat das schädigende Ereignis stattgefunden?</b>			
Datum, Uhrzeit und Einsatzort			
<b>4.2. Das schädigende Ereignis hat sich zugetragen</b>			
<input type="checkbox"/> während der Ausübung des Zivildienstes.	<input type="checkbox"/> in der dienstfreien Zeit.	<input type="checkbox"/> während eines mit dem Zivildienst zusammenhängenden Weges von/zur Dienststelle.	<input type="checkbox"/> während einer Fahrt von/zur Familienwohnung.
Anschrift im Zeitpunkt des schädigenden Ereignisses (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)			
<b>4.3. Wie hat sich das schädigende Ereignis zugetragen? Wie wurde die Schädigung oder der Tod herbeigeführt?</b>			
Bitte möglichst genaue und eingehende Schilderung, ggf. auf gesondertem Blatt			
<b>4.4. Ist die Schädigung auf einen Unfall durch Dritte oder einen tätlichen Angriff zurück zu führen?</b>			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> verursacht durch ..... Name und Anschrift des Schadensverursachers <u>und</u> ggf. dessen Haftpflichtversicherers <input type="checkbox"/> Verursacher unbekannt			
<b>4.5. Wurde der Unfall/tätliche Angriff polizeilich aufgenommen?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja, bei .....		<input type="checkbox"/> Nein	
Aktenzeichen/Tagebuchnummer			
<b>4.6. Welche Zeugen einschließlich deren Anschriften können Sie benennen?</b>			
<b>4.7. Wurde Strafanzeige gegen den Schadensverursacher erstattet?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja, am ..... bei .....		<input type="checkbox"/> Nein, weil .....	
.....		.....	
<b>4.8. Ist im Zusammenhang mit dem Schaden ein straf- und/oder zivilgerichtliches Verfahren durchgeführt worden oder noch anhängig? (vgl. auch Nr.13)</b>			
<input type="checkbox"/> Ja, bei .....		<input type="checkbox"/> Nein	
Aktenzeichen: .....		Haben Sie oder der/die Verstorbene sich bereits außergerichtlich mit dem Schadensverursacher geeinigt?	
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>4.9. Haben Sie einen Rechtsanwalt zur Interessenwahrnehmung gegenüber dem Schadensverursacher beauftragt?</b>			
Name, Anschrift, Aktenzeichen			
<b>4.10. Haben Sie wegen des Todes Ihres Angehörigen Ansprüche gegen eine eigene private Versicherung?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja, gegen .....			<input type="checkbox"/> Nein
Aktenzeichen: .....			
Sind derartige Ansprüche bereits geltend gemacht worden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Wurden von dieser Versicherung bereits Leistungen bezogen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
am ..... in Höhe von .....€			

**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**

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

**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. Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Träger der Sozialen Entschädigung**

Nach § 120 SGB XIV gehen gesetzliche Schadenersatzansprüche, die Sie gegen den/die Schadensverursacher haben, auf den Träger der Sozialen Entschädigung über, soweit Ihnen der Kommunale Sozialverband Sachsen wegen des Todes Ihres Angehörigen Leistungen zu gewähren hat, die die wirtschaftlichen Folgen ausgleichen sollen. Sie oder beauftragte Dritte dürfen daher über Schadenersatzansprüche gegen den/die Schadensverursacher insoweit nicht mehr verfügen, insbesondere keinen Vergleich schließen oder Zahlungen entgegennehmen, sofern hierdurch die auf den Kommunalen Sozialverband Sachsen übergegangenen Schadenersatzansprüche berührt werden. Ein Verstoß dagegen kann eine Schadenersatzpflicht Ihrerseits gegenüber dem Kommunalen Sozialverband Sachsen begründen. Mögliche Ansprüche auf Schmerzensgeld und Ersatz von Sachschäden dürfen jedoch ohne Einschränkung selbst gegenüber dem Schadensverursacher geltend gemacht werden. Bei Zweifelsfragen (insbesondere hinsichtlich der Sachschäden) lassen Sie sich bitte vom Kommunalen Sozialverband Sachsen beraten.

**14. 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: