



Landesverwaltungsamt · Olivenstedter Straße 1 - 2 · 39108 Magdeburg

Antrag auf Leistungen der Kriegsofopferfürsorge

Aktenzeichen	Antrags-Eingang
--------------	-----------------

1. Persönliche Verhältnisse der / des Versorgungsberechtigten Beschädigte(r) Hinterbliebene(r)

Familien- und Vorname _____ geb. am _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwe(r)t geschieden eingetragene Lebenspartnerschaft
 Lebenspartnerschaft ist aufgehoben getrennt lebend - seit _____

Wohnsitz (gewöhnlicher Aufenthalt): _____
 (Straße, Nr., PLZ, Ort) _____ seit: _____
 (Ort, Kreis) _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____
 (Name und Anschrift) _____

Sind Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet? Ja, von _____ bis _____
 Nein

Alter
Jahre

Ehegatte / eingetragener Lebenspartner

Familien- und Vorname (sowie Geburtsname) _____ geb. am _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____
 (Name und Anschrift) _____

Falls getrennt lebend, gegenwärtige Anschrift _____

Sind Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet? Ja, von _____ bis _____
 Nein

Alter
Jahre

Sonstige Familienmitglieder oder Personen in häuslicher Gemeinschaft oder Miet-, Wohn- bzw. Wirtschaftsgemeinschaft						
Lfd. Nr.	Verwandtschaftsverhältnis z. Antragsteller	Name und Vorname	Geb.-Tag	Fam.-Stand	Beruf bzw. Tätigkeit	Alter (Jahre)

Angehörige (Kinder bzw. Eltern) außerhalb des Haushalts					
Lfd. Nr.	Verwandtschaftsverhältnis	Name und Vorname	Geb.-Tag	Beruf	Anschrift

2. Antragsberechtigung auf Leistungen der Kriegsofopferfürsorge

Bei Erstanträgen:

Versorgungsberechtigte(r) ist vom Versorgungsamt _____ Grundlisten - Nr.: _____

BVG OEG IfSG SVG ZDG

anerkannt als HHG StrRehaG VwRehaG

Beschädigte(r) mit einem GdS um _____ v. H. nach dem

Art der Beschädigung:

Kriegsblinder Ohnhänder Querschnittsgelähmter Empfänger einer Pflegezulage

anerkl. Hirnbeschädigter Gesichtsentstellter Tbc-Beschädigter ab 50 v. H.

Hinterbliebene(r) Ja Nein

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis? Nein Ja Wenn ja, Kopie bitte beifügen!

Beruflicher Werdegang (möglichst genau und vollständig angeben wegen Ermittlung des ursächlichen Zusammenhanges):

Angaben sind nicht erforderlich bei Hinterbliebenen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben oder erwerbsunfähig im Sinne des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) sind und bei Schwerbeschädigten, die das 60. Lebensjahr vollendet haben.

3. Bei anderen Stellen sind beantragt (vom Antragsteller und Familienangehörigen):

Art	Ja	Nein	Anspruchsberechtigter	Anschrift des Versicherungsträgers bzw. der Bewilligungsstelle	Antrag gestellt am
a) Leistungen der Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) Altershilfe für Landwirte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) Leistungen der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d) Leistungen der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
e) Arbeitslosengeld nach dem SGB III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
f) Grundsicherung für Arbeitssuchende Arbeitslosengeld II nach dem SGB II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
g) Sozialhilfe nach dem SGB XII	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
h) Wohngeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
i) Kindergeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
j) Lastenausgleich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
k) Leistungen nach dem Unterhaltssicherungsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
l) Opferpension nach § 17a StrRehaG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
m) sonstige Leistungen (benennen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

4. Versicherungen

Versicherungsscheine, letzte Belege über die Beitragszahlungen und Bescheinigungen über den Rückkaufwert der Versicherungen zum Zeitpunkt der Antragstellung sind beizufügen!

Antragsteller:

1. Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Angabe der Versicherungsgesellschaft
2. Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Angabe der Versicherungsgesellschaft
3. Kapital bildende Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Angabe der Versicherungsgesellschaft

Ehegatte / eingetragener Lebenspartner:

1. Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Angabe der Versicherungsgesellschaft
2. Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Angabe der Versicherungsgesellschaft
3. Kapital bildende Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Angabe der Versicherungsgesellschaft

5. Einkommen

Nachweise (z. B. Verdienstbescheinigungen, Rentenbescheide und dgl.) sind beifügen.
Die gezahlten Beträge sind jeweils bei dem Familienmitglied einzusetzen, für das sie gewahrt werden.

Monatliche Netto-Einkünfte aus	des Versorgungsberechtig- ten €	des Ehegatten / eingetragenen Lebenspartners €	Namen der Familienangehörigen			
			€	€	€	€
a) unselbständiger Tätigkeit (lt. beiliegender Verdienstbescheinigung)						
b) Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder sonstiger selbständiger Tätigkeit						
c) Kindergeld nach dem Bundeskindergeldgesetz						
Zuschlag zum Kindergeld						
d) Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz tatsächlich gezahlte Grundrente						
Schwerstbeschädigtenzulage						
Pflegezulage						
Kleiderverschleißzulage						
Führzulage						
Ausgleichsrente						
Ehegattenzuschlag						
Kinderzuschläge						
Berufsschadensausgleich / Schadensausgleich						
Elternrente						
Opferpension						
e) Sozialversicherung						
aa) Arbeiter- / Angestelltenversicherungsrente						
Unfallrente						
Knappschaftsrente / Altershilfe für Landwirte						
Kinderzuschläge						
Kindererziehungsleistung						
bb) Witwen-, Waisenrente, -geld						
cc) Krankengeld						
f) Betriebsrenten						
g) Leistungen nach dem SGB III oder dem SGB II						
h) Pension, Ruhe- / Übergangsgeld						
Witwen-, Waisenbezüge						
i) Leistungen nach dem Unterhaltssicherungsgesetz						
j) gesetzliche oder freiwillige Unterhaltsleistungen von Verwandten oder karitative Leistungen						
k) vertragliche Leistungen (Altenteil, Nutznießung usw.)						
l) Vermögen, Kapitalzinsen						
Ertrag aus Grundbesitz						
Vermietung und Verpachtung (einschl. Untervermietung)						
m) Lastenausgleich: Unterhaltshilfe						
Entsch.-Rente nach § _____ LAG						
n) Sozialhilfe (Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XII)						
(Art)						
o) Ausbildungs- und Erziehungsbeihilfen (nach BVG bzw. Bundesausbildungsförderungsgesetz)						
p) Leistungen nach dem Wohngeldgesetz						
q) sonstige Einkünfte						
(Art und zahlende Stelle)						

Laufende Ausgaben	des	des				
	Versorgungs- berechtigten	Ehegatten / eingetragenen Lebenspartners	€	€	€	€
a) Wohnmiete						
b) Sozialversicherungsbeiträge (soweit vom Erwerbseinkommen noch nicht abgesetzt)						
c) Werbungskosten (Arbeitsmittel, Fahrtkosten, Berufsbekleidung, Beiträge zu Berufsverbänden)						
d) Beiträge zu öffentlichen und privaten Versicherungen						
e) Schuldzinsen						
f) Sonstige Belastungen (durch Krankheit, Unterhalt von bedürftigen Angehörigen, Ausbildung von Kindern, Tilgungsleistungen für Hausratbeschaffung, doppelte Haushaltsführung usw.)						

6. Vermögen

Zusätzlich ist eine Kapitalvermögenserklärung beizufügen!

a) des Hilfesuchenden	b) des Ehegatten / eingetragenen Lebenspartners; falls minderjährig, beider Eltern
<p>Spar- und Bankguthaben:</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keine Sparguthaben, Bankguthaben (Konten), Bestattungssparbücher.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Sparguthaben in Höhe von _____ €</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Bankguthaben (Konten) in Höhe von _____ €</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Bestattungssparbücher in Höhe von _____ €</p> <p>Bargeld: Ich verfüge über Bargeld in Höhe von _____ €</p> <p>Haus- und Grundbesitz: Einheitswert €</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keinen Haus- oder Grundbesitz.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe folgenden Haus- und Grundbesitz: _____</p> <p>davon verpachtet: _____</p> <p>Vertraglich gesicherte Ansprüche:</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z. B. Wohnrecht, freie Kost, Anspruch auf Pflege, Leibgeding): _____ _____</p> <p>Eine Abschrift des entsprechenden Vertrages ist beizufügen.</p> <p>Sonstige Vermögenswerte:</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe kein sonstiges Vermögen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Vermögenswerte in folgender Form (z. B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, Sammlungen, Bausparverträge, Schmuck, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.): _____ _____</p>	<p>Spar- und Bankguthaben:</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keine Sparguthaben, Bankguthaben (Konten), Bestattungssparbücher.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Sparguthaben in Höhe von _____ €</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Bankguthaben (Konten) in Höhe von _____ €</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Bestattungssparbücher in Höhe von _____ €</p> <p>Bargeld: Ich verfüge über Bargeld in Höhe von _____ €</p> <p>Haus- und Grundbesitz: Einheitswert €</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keinen Haus- oder Grundbesitz.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe folgenden Haus- und Grundbesitz: _____</p> <p>davon verpachtet: _____</p> <p>Vertraglich gesicherte Ansprüche:</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keine vertraglich gesicherten Ansprüche gegen Dritte.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z. B. Wohnrecht, freie Kost, Anspruch auf Pflege, Leibgeding): _____ _____</p> <p>Eine Abschrift des entsprechenden Vertrages ist beizufügen.</p> <p>Sonstige Vermögenswerte:</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe kein sonstiges Vermögen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Vermögenswerte in folgender Form (z. B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, Sammlungen, Bausparverträge, Schmuck, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung von Darlehen usw.): _____ _____</p>

Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?

nein ja gegebenfalls Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben:

Nicht geklärt Ansprüche:

Glaubt der Hilfesuchende oder sein Ehegatte / eingetragener Lebenspartner, weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen er noch keine Leistungen erhält:

- aus dem Lastenausgleich aus der Sozialversicherung als Kriegsbeschädigter aus Unfall aus Krankheit
- aus anderem Rechtsgrund, nämlich _____

Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt? _____

7. Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Bundesamt für Finanzen, 53225 Bonn entsprechend § 45 d Abs. 2 Satz 1 Einkommenssteuergesetz (ESTG) dem Landesverwaltungsamt zur Feststellung der Anspruchsberechtigung der

- von mir
- für mich
- für

Beantragten / von Amts wegen zu bewilligenden Leistungen der Kriegsofopferfürsorge Auskunft über

- meine Einkünfte
- Einkünfte meines Ehegatten
- Einkünfte meines Lebenspartners
- Einkünfte der/des

aus Kapitalerträgen erteilt und stimme der Verwertung der Auskünfte im Verwaltungsverfahren zu. Diese Einverständniserklärung gilt bis zum ausdrücklichen Widerruf.

Mir ist bekannt, dass ich durch den Widerruf dieser Erklärung möglicherweise meine Mitwirkungspflichten nach § 60 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) verletze und in Folge die Aufklärung des Sachverhalts hierdurch erheblich erschwert werden kann. Das Landesverwaltungsamt kann in diesem Fall nach § 66 Abs. 1 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

8. Antrag

- Ich beantrage
 - eine einmalige Beihilfe für: _____
 - eine laufende Beihilfe für: _____
- Ich beantrage ein Darlehen für: _____

Begründung des Antrages (Bei erstmaligen Beihilfen und Darlehen sind Kostenvoranschläge und sonstige Unterlagen beizufügen!)

Ich versichere, die vorstehenden Angaben in diesem Antrag vollständig und richtig gemacht zu haben. Mir ist bewusst, dass ich Leistungen zu erstatten habe, die auf vorsätzlich oder grob fahrlässig in wesentlicher Beziehung unrichtigen oder unvollständigen Angaben von mir beruhen. Der Einwand der nicht mehr vorhandenen Bereicherung kann dann nicht geltend gemacht werden.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse auch von Haushaltsangehörigen unverzüglich und unaufgefordert dem Landesverwaltungsamt mitzuteilen (§§ 60 ff. SGB I). Mir ist bewusst, dass die Vermögensminderung, insbesondere das Verschenken von Geld, Wertsachen und / oder Immobilien, die Ablehnung, Minderung oder Entziehung von Leistungen zur Folge haben kann. Das Landesverwaltungsamt ermächtigt ich hiermit, soweit für die Hilfestellung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe, beizuziehen und Unterlagen sowie Auskünfte einzuholen.

Ich bitte, die beantragte Leistung auf das Konto Nr. _____ Bankleitzahl: _____

bei _____
Geldinstitut

IBAN: _____ BIC: _____

zu überweisen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen bevollmächtigten Vertreters (Vollmacht ist nachzuweisen)