

An das  
 Niedersächsische Landesamt  
 für Soziales, Jugend und Familie  
 (Landessozialamt –LS-)  
 Außenstelle

<b>Geschäftszeichen</b>	<b>Eingangsstempel</b>	<b>S t r e h a G</b>
– wird vom Landessozialamt ausgefüllt –		

## Antrag auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG) in Verbindung mit den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes (BVG)

Sie werden gebeten, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten und die jeweils angegebenen Unterlagen beizufügen.

Originalunterlagen werden unverzüglich zurückgesandt.

Sofern Sie Hilfe beim Ausfüllen dieses Vordruckes haben möchten, wird Ihnen empfohlen, einen Leistungsträger für Sozialleistungen oder Ihre Gemeinde - oder Landkreisverwaltung in Anspruch zu nehmen oder sich unmittelbar an die Außenstelle des Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie zu wenden. Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen.

### I. Angaben zur Person

1.	Name, Vorname	ggf. Geburtsname		
2.	Geburtsdatum, Geburtsort, Kreis, Land (Bitte Geburtsurkunde beifügen oder bei persönlicher Abgabe des Antrages Personalausweis oder Reisepass vorlegen)			
3.	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	seit		
4.	Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort) – Bitte Meldebestätigung beifügen oder Anschrift durch einen Leistungsträger für Sozialleistungen bestätigen lassen –	Telefon (freiwillige Angabe)		
5.	Beruf vor der Inhaftierung	Jetziger Beruf		
Name und Anschrift des damaligen Arbeitgebers		Name und Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers		
Besteht durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen eine berufliche Beeinträchtigung?				
<input type="checkbox"/> nein. <input type="checkbox"/> ja, es liegt folgende berufliche Beeinträchtigung vor: ..... .....				
6.	Angaben zu Haftzeiträumen			
a) Die Rehabilitations-/Kassationsentscheidung erging durch das Bezirks-/Landgericht..... Der Beschluss ist beigefügt.				
b) Eine Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 des Häftlingshilfegesetzes (HHG) liegt nicht vor/ vor (Entsprechendes streichen/ Bescheinigung beifügen).				
c) Dauer der Haft				
	von	bis	Haftanstalt	Ort



### III. Angaben über ärztliche und sonstige Behandlungen sowie über die Krankenversicherung

1.	In welchen Krankenstationen oder sonstigen Krankenanstalten waren Sie während der Inhaftierung in Behandlung?	
	von – bis ..... ..... .....	Name und Anschrift der Station oder der sonstigen Krankenanstalt ..... ..... .....
2.	Waren Sie wegen der geltend gemachten Gesundheitsschäden nach Haftentlassung heilbehandlungsbedürftig und wo standen oder stehen Sie wegen dieser Gesundheitsschäden in Behandlung	
	a) ambulante Behandlung	
	von – bis ..... ..... .....	Name und Anschrift des Arztes ..... ..... .....
	b) Krankenhausbehandlung	
	von – bis ..... ..... .....	Name und Anschrift des Krankenhauses ..... ..... .....
3.	Welche wesentlichen Erkrankungen oder Behinderungen haben <b>vor Eintritt der Schädigung</b> bestanden (ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung)	
	von – bis ..... ..... .....	Name/Anschrift des Arztes/Krankenhauses ..... ..... .....
		wg. welcher Krankheit/Behinderung ..... ..... .....
4.	Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen	
	a) Welcher Krankenkasse oder Krankenversicherung haben Sie vor Haftantritt angehört (Name und Anschrift)? ..... .....	
	<input type="checkbox"/> als Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> als freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> als familienversichertes Mitglied	
	b) Welcher Krankenkasse oder Krankenversicherung haben Sie nach Haftentlassung angehört und welcher Krankenkasse oder Krankenversicherung gehören Sie zur Zeit an?	
	von – bis ..... ..... .....	Name und Anschrift der Krankenkasse oder -versicherung ..... ..... .....
	<input type="checkbox"/> als Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> als freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> als familienversichertes Mitglied	
5.	Haben Sie aufgrund vertraglicher Abmachungen Anspruch auf Heilbehandlung gegen einen Dritten (Vertragliche Ansprüche aus einer privaten Krankenversicherung gehören nicht dazu)?	
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte fügen Sie den Vertrag bei).	
6.	Name und Anschrift Ihres Hausarztes ..... ..... .....	

### IV. Sonstige Angaben

1.	Haben Sie wegen der Gesundheitsschäden, für die Sie Versorgung beantragen, bei anderen Stellen Ansprüche angemeldet?	
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Bezeichnung und Anschrift der Stelle ..... ..... .....	Aktenzeichen ..... ..... .....
2.	Haben Sie wegen der Gesundheitsschäden, für die Sie Versorgung beantragen, bereits Schadenersatzansprüche bei dem Schädiger oder seiner Versicherung angemeldet?	
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Name und Anschrift des Schädigers sowie seiner Versicherung ..... ..... .....	Aktenzeichen ..... ..... .....

3. Haben Sie bereits einen Anspruch auf Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären (z.B. Häftlingshilfegesetz, Opferentschädigungsgesetz, Infektionsschutzgesetz) oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Außenstelle (vormals Versorgungsamt)		Aktenzeichen
4. Haben Sie bereits die Feststellung von Behinderungen nach dem Schwerbehindertengesetz bzw. SGB IX oder die Anerkennung als Beschädigter nach früheren Vorschriften in der ehemaligen DDR beantragt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Außenstelle (vormals Versorgungsamt)		Aktenzeichen
5. Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen auf das nachstehende Konto überwiesen werden:		
Kontonummer	Geldinstitut	Bankleitzahl
IBAN		BIC
Kontoinhaber		

## V. Erklärungen

### Einverständniserklärung

Soweit ich keine für die Anspruchsprüfung erforderlichen Unterlagen beifüge, wird die zuständige Behörde den Sachverhalt von Amts wegen aufklären.

Ich erkläre mich daher insbesondere mit der Beiziehung folgender Unterlagen ggfs. auch über die entsprechenden Stellen in dem Land, in dem sich die geltend gemachte Tat ereignet hat, einverstanden:

- polizeiliche Ermittlungsunterlagen, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Akten beim Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen DDR, Stellen der ehemaligen DDR
- erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder, auch von Stellen der ehemaligen DDR

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärzten, Psychologen, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden - auch soweit sie von anderen Ärzten / Ärztinnen oder Stellen erstellt worden sind - allerdings nur in dem Umfang, wie sie Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände geben können.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren, für ein sich ggf. anschließendes Überprüfungs- / 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.

Ich entbinde die behandelnden und beteiligten Ärztinnen/Ärzte und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

ja

nein

von dieser Einverständniserklärung schließe ich ausdrücklich aus:

.....

.....

-bitte Ärztin/Arzt, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen -

Ort, Datum:

Unterschrift für Einverständniserklärung:



### Beigefügt sind:

Geburtsurkunde

.....

Meldebestätigung



(Datum, Unterschrift des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters)

### **Ich habe Kenntnis, dass**

-die Behörde gemäß § 81a des Bundesversorgungsgesetzes grundsätzlich verpflichtet ist, Schadensersatzansprüche gegen den oder die Schädiger/innen geltend zu machen. In diesem Zusammenhang muss sie den / die Schädiger / in / nen frühzeitig von meiner Antragstellung in Kenntnis setzen. Sollte ich dies nicht wünschen, werde ich die Gründe darstellen. Die Behörde wird dann prüfen, ob erhebliche Nachteile für mich zu befürchten sind und deshalb auf Schadensersatzansprüche verzichtet werden kann.

-meine Schadensersatzansprüche gegen den / die Schädiger / in / nen mit Ausnahme von Schmerzensgeldansprüchen kraft Gesetz auf die zuständige Behörde übergehen und ich daher keine Vereinbarungen hierzu (z. B. Vergleiche) mit dem Schädiger / der Schädigerin / den Schädigern / Schädigerinnen oder deren Versicherungen treffen darf.

Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Deshalb ist in den §§ 60 bis 67 Erstes Buch Sozialgesetzbuch –SGB I- die Mitwirkungspflicht der Person die Sozialleistungen beantragt oder erhält gesetzlich geregelt.

Wer Sozialleistungen beantragt, hat u. a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem haben Sie auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z. B. Krankenkasse, behandelnde Ärzte, Arbeitgeber usw.) zuzustimmen. Ist die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, weil Sie nicht mitwirken, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Leistungs- voraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u. a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.

Die Rechtsgrundlagen der Datenerhebung finden sich in den §§ 69 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X i. V. m. § 67 a SGB X.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Behörde mit diesem Verfahren nach dem BVG zugänglich gemacht worden sind, erfasst und gespeichert werden (§ 67b SGB X) und

- den Gutachterinnen und Gutachtern, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen/aussagepsychologischen Begutachtung beauftragt worden sind,
- einem Dienstleister zur Fertigung von Schreibarbeiten
- den Hauptfürsorgestellten,
- den anderen Sozialleistungsträgern für deren eigene gesetzliche soziale Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 35 SGB I sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit

übermittelt werden dürfen. **Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann** (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).

**Das Hinweisblatt zu den Informations- und Transparenzpflichten habe ich zur Kenntnis genommen und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu.**

**Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag nach dem Strafrechtlichen Rehabilitationsgesetz auf Anerkennung von Gesundheitsstörungen gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.**

**Ich habe weder dem in den Gewahrsamsgebieten herrschenden politischen System erheblich Vorschub geleistet, noch während der Zeit des Nationalsozialismus oder in den Gewahrsamsgebieten durch mein Verhalten gegen die Grundsätze der Rechtsstaatlichkeit oder der Menschlichkeit verstoßen.**

**In den Jahren der SED- Herrschaft gehörte ich nicht als inoffizielle (r), offizielle (r) oder anderer Mitarbeiter dem Ministerium für Staatssicherheit an.**

**Die im Geltungsbereich dieses Gesetzes bestehende freiheitliche demokratische Grundordnung habe ich nicht bekämpft.**

Ort, Datum:

**Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers oder der gesetzlichen oder bestellten Vertreterin / des Vertreters oder der Betreuerin /des Betreuers**



**Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff Datenschutz – Grundverordnung**  
**bei Schädigungen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, der Vertragsstaaten des Abkommens über**  
**den Europäischen Wirtschaftsraum, der Schweiz und den Staaten der Europäischen Union**

Für Verwaltungsverfahren nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), Häftlingshilfegesetz (HHG), Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG), Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) oder dem Zivildienstgesetz (ZDG)

Das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS) informiert Sie nachfolgend über Art, Umfang und Zweck der Datenerhebung und Verwendung ihrer Daten.

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der Durchführung der Verwaltungsverfahren nach den o. g. Gesetzen verarbeitet. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 Buchst. a) und c) der Verordnung (EU) 2016/679 (DSGVO) und §§ 67 ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X). Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist daher gesetzlich vorgeschrieben. Sofern Sie Ihre personenbezogenen Daten nicht bereitstellen, kann das LS über Ihren Antrag nicht oder nur eingeschränkt entscheiden. Zudem kann das LS Ihren Antrag wegen fehlender Mitwirkung ganz oder teilweise ablehnen.

Ihre Daten werden so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen nach § 67c SGB X für die jeweilige Aufgabenerfüllung notwendig ist. Der Speicherzeitraum beginnt mit der Antragstellung.

Ihre personenbezogenen Daten werden –soweit dies notwendig ist- weitergeleitet an

- Gutachterinnen und Gutachter, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen Begutachtung beauftragt worden sind
- andere Sozialleistungsträger für deren gesetzliche soziale Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 35 SGB I
- Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit im Streitverfahren
- Justizbehörden
- andere am Verwaltungsverfahren beteiligte Einrichtungen und Personen, z. B. Heime, Zeugen, Arbeitgeber, Banken etc.
- Dienstleister zur Fertigung von Schreibearbeiten

Das LS als verantwortliche datenverarbeitende Stelle ist postalisch unter *Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Hauptstelle, Fachgruppe LV, Domhof 1, 31134 Hildesheim* erreichbar. Außerdem besteht die Möglichkeit, die Datenschutzbeauftragte der Behörde per E-Mail unter [Datenschutz@ls.niedersachsen.de](mailto:Datenschutz@ls.niedersachsen.de) bzw. postalisch unter *Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Datenschutzbeauftragte, Domhof 1, 31134 Hildesheim* zu kontaktieren.

Gegenüber dem LS können folgende Rechte geltend gemacht werden:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Darüber hinaus können Sie sich an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragte für den Datenschutz) wenden und dort ein Beschwerderecht geltend machen.