

An das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie ( Landessozialamt –LS-) Außenstelle	<b>Geschäftszeichen</b>	<b>Eingangsstempel</b>	<b>H H G</b>
	– wird vom Landessozialamt ausgefüllt –		

## Antrag

**auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem Gesetz über Hilfsmaßnahmen für Personen, die aus politischen Gründen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in Gewahrsam genommen wurden ( Häftlingshilfegesetz – HHG )  
in Verbindung mit den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes ( BVG )**

Sie werden gebeten, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – in Maschinen- oder Blockschrift – zu beantworten und die jeweils angegebenen Unterlagen beizufügen.  
Originalunterlagen werden unverzüglich zurückgesandt.

Sofern Sie Hilfe beim Ausfüllen dieses Vordruckes haben möchten, wird Ihnen empfohlen, Ihre Gemeinde- oder Landkreisverwaltung in Anspruch zu nehmen oder sich unmittelbar an das Niedersächsische Landesamt 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. Staatsangehörigkeit:	
.....	
4. Familienstand	seit
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	.....
5. Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort) - Bitte Meldebestätigung beifügen -	Telefon (freiwillige Angabe)
.....	.....
6. Beruf vor der Schädigung	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, ich bitte um Prüfung, ob Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation durchgeführt werden können. Es liegt folgende berufliche Beeinträchtigung vor:	
.....	
7. <u>Angehörige:</u>	
Name, Vorname, ggf. Geburtsname sowie Geburtsdatum des Ehegatten:	
.....	
Name, Vorname, ggf. Geburtsname sowie Geburtsdatum des Vaters:	
.....	
Name, Vorname, ggf. Geburtsname sowie Geburtsdatum der Mutter:	
.....	
Name, Vorname, ggf. Geburtsname sowie Geburtsdatum der Kinder:	
.....	
.....	

8. Sofern ein Vormund oder Betreuer bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder des bestellten Betreuers angeben und ggf. Bestallungsurkunde vorlegen.

.....

## II. Angaben zur Schädigung und zum Gewahrsam

1. Angabe der Gesundheitsstörungen, für die Versorgung beantragt wird.

.....  
.....  
.....  
.....

2. Auf welches schädigende Ereignis werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt (Schildern Sie bitte die Umstände mit Angabe von **Ort, Zeit** und ggf. **Zeugen**)?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. Wann und aus welchen Gründen wurden Sie verhaftet?

.....  
.....

4. Wann und wo sind Sie aus der Haft entlassen worden?

.....  
.....

5. In welchen Haftanstalten waren Sie inhaftiert?

.....  
.....  
.....

6. Aus welchen Gründen erfolgte die Verurteilung und von welcher Stelle? (bitte soweit im Besitz das Urteil oder eine Zeugen-  
erklärung beifügen)

.....  
.....

7. Wann sind Sie in das Bundesgebiet eingereist und bei welcher Stelle haben Sie sich zuerst gemeldet?

.....  
.....

8. Sind Sie politischer Flüchtling oder Heimkehrer? (bitte Flüchtlingsausweis, Bescheinigung über Notaufnahmeverfahren, Heim-  
kehrerbescheinigung beifügen)

.....  
.....

9. Haben Sie bei Ihrer zuständigen Heimkehrerbetreuungsstelle einen Antrag auf Anerkennung als ehemaliger politischer Häftling im  
Sinne § 1 HHG gestellt?

.....

Bei welcher Stelle? .....

Aktenzeichen: .....

Wurde

Ihnen eine Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 HHG ausgestellt? .....

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

1. In welchen Krankenhäusern waren Sie wegen der geltend gemachten Gesundheitsstörung in stationärer Behandlung?		
von - bis	Name und Anschrift des Krankenhauses	
2. Wo waren Sie wegen der geltend gemachten Gesundheitsstörung in ambulanter Behandlung?		
von - bis	Name und Anschrift des Arztes	
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 <b>vor Eintritt der Schädigung</b> angehört ( Name, Anschrift und Geschäftszeichen )?		
<input type="checkbox"/> als Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> als freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> als familienversichertes Mitglied Name des Hauptversicherten: .....		
(Bitte Bescheinigung der Krankenkasse beifügen).		
b) Welcher Krankenkasse oder Krankenversicherung haben Sie <b>nach der Schädigung</b> angehört und welcher Krankenkasse oder Krankenversicherung gehören Sie zurzeit an? (Bitte Bescheinigung der Krankenkasse beifügen).		
von - bis	Name , Anschrift und Geschäftszeichen der Krankenkasse oder -versicherung	
<input type="checkbox"/> als Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> als freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> als familienversichertes Mitglied Name des Hauptversicherten: .....		
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, Soldatenversorgungsgesetz), oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Landesamt bzw. Außenstelle   Aktenzeichen .....   .....	
4.	Haben Sie bereits einen Antrag auf Feststellung von Behinderungen nach dem Schwerbehindertengesetz gestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Landesamt bzw. Außenstelle   Aktenzeichen .....   .....	
5.	Beziehen Sie Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus der gesetzlichen Unfallversicherung? (bitte Rentenbescheid beifügen) .....

6. Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen auf das nachstehende Konto überwiesen werden:		
Kontonummer .....	Geldinstitut .....	Bankleitzahl .....
IBAN .....	BIC .....	
Kontoinhaber .....		

## V. Erklärungen

<b>Einverständniserklärung</b>	
<p>Soweit ich keine für die Anspruchsprüfung erforderlichen Unterlagen beifüge, wird die zuständige Behörde den Sachverhalt von Amts wegen aufklären.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- polizeiliche Ermittlungsunterlagen, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, HHG-Akten</li> <li>- erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder, auch von Stellen der ehemaligen DDR)</li> </ul> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.</p> <p>Ich entbinde die behandelnden und beteiligten Ärztinnen/Ärzte und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.</p> <p><input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> von dieser Einverständniserklärung schließe ich ausdrücklich aus:          .....</p> <p style="text-align: center;">-bitte Ärztin/Arzt, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen -</p> <p>Ort, Datum: _____                      Unterschrift für Einverständniserklärung: _____ </p>	

## 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 Leistungsvoraussetzungen 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 Schreivarbeiten
- 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 HHG auf Anerkennung von Gesundheitsstörungen gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.**

**Ort, Datum:** **Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers oder der gesetzlichen ^ oder bestellten Vertreterin / des Vertreters oder der Betreuerin /des Betreuers**



## Beigefügt sind:

- Geburtsurkunde
- Meldebestätigung
- Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 HHG
- .....



(Datum Ort und Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters)

**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 Rehabilitierungs-gesetz (StrRehaG), Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) oder dem Zivildienst-gesetz (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 Schreibarbeiten

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.