

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

Geschäftszeichen	Eingangsstempel	H H G
– 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.

Hinweis nach § 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG):

Ihre Angaben sind für die rechtmäßige Erfüllung der Vorschriften der § 1 ff HHG erforderlich. Dabei sind Sie nach §§ 60-64 SGB I ausdrücklich zur Mitwirkung verpflichtet; die Grenzen der Mitwirkungspflicht sind im § 65 SGB I festgelegt. Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert, soweit sie zur Erfüllung der Vorschriften des HHG erforderlich sind.

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
	ledig verheiratet verwitwet 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?		
nein		
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 zu ärztlichen und sonstigen 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 vor Eintritt der Schädigung 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 Eintritt der Schädigung angehört (Name , Anschrift und Geschäftszeichen)?					
als Pflichtmitglied		als freiwilliges Mitglied		als familienversichertes Mitglied	
Name des Hauptversicherten:				(Bitte Bescheinigung der Krankenkasse beifügen).	
b) Welcher Krankenkasse oder Krankenversicherung haben Sie nach der Schädigung angehört und welcher Krankenkasse oder Krankenversicherung gehören Sie zur Zeit an? (Bitte Bescheinigung der Krankenkasse beifügen).					
von	-	bis	Name , Anschrift und Geschäftszeichen der Krankenkasse oder -versicherung		
als Pflichtmitglied		als freiwilliges Mitglied		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)?					
Nein		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?	
Nein	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?	
Nein	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. Zivildienstgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Infektionsschutzgesetz, Soldatenversorgungsgesetz), oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?	
Nein	Ja
Außenstelle (vormals Versorgungsamt)	Aktenzeichen
4. Haben Sie bereits einen Antrag auf Feststellung von Behinderungen nach dem Schwerbehindertengesetz gestellt?	
Nein	Ja
Außenstelle (vormals Versorgungsamt)	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
Kontoinhaber		

V. Erklärung

Ich versichere, daß ich die vorstehenden Angaben nach besten Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Versorgung nach dem Häftlingshilfegesetz gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Ich erkläre mit damit einverstanden, dass das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie die für die Anspruchsprüfung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen (insbesondere ggf. polizeiliche, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, HHG-Akten) sowie die erforderlichen medizinischen Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder) von den genannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen – auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind – in dem Umfang bezieht, wie diese Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände geben können.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren sowie für ein sich anschließendes Überprüfungs-/Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und ausgefertigten Unterlagen. Ich genehmige die Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die genannten und beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Änderungen in den Verhältnissen, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag oder danach eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

....., den

Beigefügt sind:

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

.....
(Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters)