

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
Versorgungsamt / Hauptfürsorgestelle
Sächsische Str. 28
10707 Berlin

Bitte frei lassen für Eingangsvermerk der Behörde

Erstantrag auf Leistungen der Kriegsofferfürsorge (KOF)

Alle Angaben bitte in Blockschrift! Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich beantrage _____

I. Angaben zur Person

<input type="checkbox"/> ich bin Beschädigte/r	<input type="checkbox"/> männlich
<input type="checkbox"/> ich bin Hinterbliebene/r	<input type="checkbox"/> weiblich
Name	Vorname
Geburtsname	früherer Name
Geburtsdatum	Geburtsort/Kreis/Land
Telefon (tagsüber erreichbar)	Fax
E-Mail	
Familienstand Nachweis durch Kopie der entsprechenden Urkunde	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft
Lebensgemeinschaft (Kopie der Meldebestätigung der Lebensgefährten)	<input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft
Erlerner Beruf	beschäftigt seit: bei:
<input type="checkbox"/> selbstständig tätig	als
<input type="checkbox"/> erwerbslos, seit	weil
Ich halte mich für erwerbsfähig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
Ich erhalte Erwerbsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet, bis
bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldet	seit:
<input type="checkbox"/> krankenversichert bei	

Sprechzeiten
Montag, Dienstag und Freitag: 9:00 – 12:00 Uhr
und nach telefonischer Vereinbarung
Internetadresse: <http://www.lageso.berlin.de>

Telefon
(030) 90229 6250
(030) 90229 6230

Verkehrsverbindungen
U7/U3 bis Fehrbelliner Platz (Aufzug)
Bus: 104, 110, 115 bis Fehrbelliner Platz
E-Mail: hauptfuersorgestelle@lageso.berlin.de

II. Bevollmächtigte, gesetzliche Vertreter, Betreuer (bitte Kopie der Vollmacht bzw. Bestallungsurkunde beifügen)

Familienname, Vorname		
Anschrift:		
Tel (tagsüber erreichbar):	Fax:	E-Mail:

III. Angaben zum Wohnort

Hauptwohnsitz zum Zeitpunkt der Antragstellung	seit:
Straße, Hausnummer	Postleitzahl
vorheriger Wohnsitz	seit:
Straße, Hausnummer	Postleitzahl .
Wohnsitz des geschiedenen, getrennt lebenden Ehegatte(in) bzw. Lebenspartners(in)	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl

IV. Weitere Angaben

<input type="checkbox"/> Kriegsopferfürsorge, bis	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe, bis
Geschäftszeichen/ Rentenzeichen	
Bescheid des Versorgungsamtes vom _____ (Bescheidkopie beifügen)	<input type="checkbox"/> Grad der Schädigung (GdS): <input type="checkbox"/> Grad der Behinderung (GdB):
Versorgungsamt	
Als Hinterbliebene(r) erhalte ich nach dem BVG (Bescheidkopie beifügen)	<input type="checkbox"/> Witwengrundrente <input type="checkbox"/> Witwenbeihilfe <input type="checkbox"/> Waisenrente <input type="checkbox"/> Waisenbeihilfe <input type="checkbox"/> Elternrente
<input type="checkbox"/> Der/die Verstorbene war sonderfürsorgeberechtigt	Name, Vorname: Geburtsdatum:

V. Art der Unterkunft

<input type="checkbox"/> Eigenheim	<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung
<input type="checkbox"/> Mietwohnung	Name und Anschrift des Vermieters
<input type="checkbox"/> Hauptmieter	
<input type="checkbox"/> Untermieter Name des Hauptmieters:	<input type="checkbox"/> verwandt <input type="checkbox"/> Wirtschaftsgemeinschaft
Größe der Unterkunft	Gesamtwohnfläche (m ²)
	Anzahl der Zimmer (ohne Küche/ Bad):
Heizungsart	<input type="checkbox"/> Sammelheizung <input type="checkbox"/> Ofenheizung <input type="checkbox"/> Gasheizung <input type="checkbox"/> Nachstromspeicherheizung
Warmwasser	<input type="checkbox"/> zentrale Warmwasserversorgung

VI. Kosten der Unterkunft

Miete insgesamt mtl.		€
Warmwasserkosten mtl.		€
Heizkostenvorschuss mtl.		€
Miete bezahlt bis Nachweis beifügen		
Mietrückstände <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von:	bis €
gekündigt zum:		
Wohngeld in Höhe von _____ (Bescheidkopie beifügen)		€
Wohnraum-Untervermietung		
<input type="checkbox"/> ja	Anzahl der vermieteten Leerzimmer	mtl. Miete: €
	Anzahl der vermieteten möblierten Zimmer	mtl. Miete: €
Wohnraum kann untervermietet werden <input type="checkbox"/> ja		
Wohnraum kann nicht untervermietet werden, weil:		

VII. Angaben zum Einkommen

	Antragsteller/in	Ehegatte/in Lebenspartner/in	Haushaltsangehörige des Antragstellers
Versorgungsbezüge nach dem BVG (Bundesversorgungsgesetz) (Diese Angaben sind durch Bescheide, Bescheinigungen usw. nachzuweisen)			
Grundrente	€	€	€
Ausgleichsrente	€	€	€
Ehegattenzuschlag	€	€	€
Kinderzuschläge	€	€	€
Schadensausgleich	€	€	€
Berufsschadensausgleich	€	€	€
Elternrente	€	€	€
Renten der Sozialversicherung	€	€	€
aus der eigenen Versicherung	€	€	€
Erwerbsunfähigkeitsrente	€	€	€
Unfallrente	€	€	€
Kinderzuschläge	€	€	€
Hinterbliebenenrente	€	€	€
Kindererziehungsleistungen	€	€	€

Versorgungsbezüge nach Beamtenrecht (bitte Leistungsträger und Aktenzeichen angeben)	€	€	€
Ruhegeld/ Witwengeld	€	€	€
Kinderzuschläge	€	€	€
Waisengeld	€	€	€

sonstiges Einkommen				
aus nichtselbstständiger Arbeit (auch Ausbildungsvergütung)	brutto	€	€	€
	netto			
Einkommen aus Land- und Forst-, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit		€	€	€
aus Haus- und Grundbesitz		€	€	€
aus sonstigem Vermögen		€	€	€
aus Untervermietung		€	€	€
Kindergeld/ Kindergeldzuschlag/ Kindergeldausgleich		€	€	€
Lastenausgleichsleistungen		€	€	€
Arbeitseinkommen		€	€	€
Arbeitslosengeld/ Arbeitslosengeld II		€	€	€
Leistungen der Krankenkasse		€	€	€
Unterhalt		€	€	€
Betriebsrente / VBL		€	€	€

sonstige Einkünfte			
Betriebsrente	€	€	€
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)	€	€	€
Steuererstattung	€	€	€
Pflegegeldgesetz der Krankenkassen	€	€	€
Pflegegeld nach dem Landespflegegeldgesetz	€	€	€
kein Einkommen			

VIII. Angaben zu den im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen

	Person 1	Person 2	Person 3
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Verwandtschaftsverhältnis			
Berufstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitgeber			
Krankheiten/ GdS / GdB			

IX. Angaben zu unterhaltspflichtigen Angehörigen außerhalb des Haushaltes

	Person 1	Person 2	Person 3
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Verwandtschaftsverhältnis			
Familienstand			
Berufstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höhe des Unterhalts			

X. Angaben zu monatlichen Aufwendungen

	Antragsteller/in	Ehegatte/in Lebenspartner/in	Haushaltsangehörige des Antragstellers
Name, Vorname (nur bei Haushaltsangehörigen angeben)			
Beiträge zu Kranken- und Rentenversicherungen (ausgenommen die gesetzlichen Lohnabzüge) bitte Leistungsträger und Aktenzeichen angeben	€	€	€
Sonstige Versicherungsbeiträge (bitte Laufzeit und Versicherungssumme angeben)	€	€	€
Werbungskosten	€	€	€
Besondere Belastungen	€	€	€

XI. Angaben zu Vermögensverhältnissen

	Antragsteller/in	Ehegatte/in Lebenspartner/in	Haushaltsangehörige des Antragstellers
Name, Vorname (nur bei Haushaltsangehörigen angeben)			
Sparguthaben/ Bargeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein €
Wertpapiere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein €
Sachwerte von besonderem Wert	<input type="checkbox"/> ja Art <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Art <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Art <input type="checkbox"/> nein
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges Vermögen (Forderungen u.ä., lebenslanges Wohnrecht)	<input type="checkbox"/> ja Art <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Art <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Art <input type="checkbox"/> nein
Verschenktes Vermögen Innerhalb der letzten 10 Jahre (auch Grundbesitz)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein €

Kraftfahrzeug (innerhalb der letzten 10 Jahre) <ul style="list-style-type: none"> • amtliches Kennzeichen: • Baujahr: • Fabrikat: • Halter: 		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Grundbesitz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

XII. Sonstige Angaben

	Antragsteller/in	Ehegatte/in Lebenspartner/in	Haushaltsangehörige des Antragstellers
Es wurden Anträge auf Gewährung von Renten, Ruhegeldern oder ähnlichen Leistungen gestellt, über die noch nicht entschieden ist? (Behörde, Aktenzeichen, Datum der Antragstellung bitte angeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Ansprüche aus einer Rentenversicherung? (Rentenversicherungsträger, Aktenzeichen, Datum der Antragstellung, bitte angeben)	<input type="checkbox"/> ja, seit wann? <input type="checkbox"/> nein, bitte begründen*	<input type="checkbox"/> ja, seit wann? <input type="checkbox"/> nein, bitte begründen*	<input type="checkbox"/> ja, seit wann? <input type="checkbox"/> nein, bitte begründen*
Wenn nein, bitte hier begründen* →			
Ablehnung eines Rentenanspruches (bitte Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XIII. Bankverbindung

Kontoinhaber
Geldinstitut
IBAN
BIC (nur erforderlich, wenn sich Bank im Ausland befindet)

Über dieses Konto verfügen außer mir folgende Personen:

Ich bevollmächtige das genannte Geldinstitut, die Beträge an den Träger der Kriegsofopferfürsorge zurückzuzahlen, wenn diese ohne Vorliegen der Voraussetzungen überwiesen wurden. Diese Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus.

(Unterschrift des Antragstellers/Datum)

(ggf. Unterschrift des getrennt lebenden Ehegatten/
Lebenspartners/ Datum)

Die Angaben im Antrag habe ich nach bestem Wissen gemacht.

Ich werde den Träger der Kriegsopferfürsorge (Land Berlin, vertreten durch die Hauptfürsorgestelle Berlin) unverzüglich informieren, wenn:

- sich meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse ändern
- sich die Verhältnisse meiner Haushaltsangehörigen ändern
- ich Renten oder ähnliche Leistungen beantrage.

Leistungen werden von mir zurückgefordert, sofern ich sie zu Unrecht erhalten habe, z.B. weil ich vorsätzlich oder grob fahrlässig falsche Angaben gemacht habe.

Der Träger der Kriegsopferfürsorge kann für die Zeit, für die ich Leistungen der Kriegsopferfürsorge erhalte, meine Ansprüche gegen einen anderen auf entsprechende Leistungen in Höhe seiner Aufwendungen auf sich überleiten.

(Unterschrift des Antragstellers/Datum)

(ggf. Unterschrift des nicht getrennt lebenden Ehegatten/ Lebenspartners/ Datum)

Ich ermächtige und beauftrage die Sparkassen, Banken und die Postbank gegenüber dem Träger der Kriegsopferfürsorge uneingeschränkt Auskunft zu erteilen über

- meine Vermögensverhältnisse bzw. meine Konten
- den Umfang der Kontenbewegungen des letzten halben Jahres
- von mir genutzte Schließfächer

Ich entbinde die o.g. Geldinstitute von der Schweigepflicht bzw. dem Bankgeheimnis.

Diese Einwilligung gilt nur insoweit, als die Auskunft für die Überprüfung der Angaben erforderlich ist und sie in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung steht (§§ 60 Abs. 1 Nr. 1, 65 SGB I).

Der Übermittlung von Daten durch das Bundeszentralamt für Steuern an den Träger der KOF gemäß § 45 d Abs. 2 EStG (Einkommenssteuergesetz) stimme ich ausdrücklich zu. Mir ist bekannt, dass aus den Daten Rückschlüsse auf die Höhe meines Vermögens gezogen werden können.

(Unterschrift des Antragstellers/ Datum)

(ggf. Unterschrift des nicht getrennt lebenden Ehegatten/ Lebenspartners/ Datum)

Falls vom Antragsteller nicht selbst oder nicht vollständig ausgefüllt:

(Name, Anschrift, ggf. Dienststelle und Unterschrift des Aufnehmenden/ Datum)