

GeschZ.: III B

**Sprechstunden:** Mo., Di., Fr. von 9.00 bis 12.00 Uhr  
sowie nach Vereinbarung

Bitte für amtliche Zwecke freihalten!  
Eingangsstempel

**Fahrverbindungen:**

U3,U7 Fehrbelliner Platz  
Bus 101, 104, 115 bis Fehrbelliner Platz

## Antrag

- auf **Beschädigtenversorgung nach dem**  Häftlingshilfegesetz (HHG)  
 Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG)  
 Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)

Zutreffendes bitte ankreuzen ☑ oder ausfüllen

Familienname, ggf. Geburtsname, frühere Familiennamen		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort, ggf. Kreis) bitte Meldebescheinigung oder Fotokopie des Personalausweises beifügen			
Wohnort vor der Haftzeit:			
Wohnort zum Stichtag 18.05.1990:			
<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> <b>geschieden seit</b>			
Zahl der Kinder:			
Berufstätigkeit: a) vor der Schädigung b) nach der Schädigung c) jetzige			
Wurde Ihnen eine Bescheinigung nach dem BerRehaG ausgestellt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie nach dem StrRehaG rehabilitiert?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde Ihnen eine Bescheinigung nach dem VwRehaG ausgestellt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde Ihnen eine Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 HHG ausgestellt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Bitte Beschluss/Bescheinigung beifügen. (Voraussetzung für die Antragsbearbeitung.)</b>			

**Haftzeiten bzw. Verfolgungszeiten in der ehemaligen sowjetischen Besatzungszone/in der ehemaligen DDR**

von	bis	Haftanstalt/Zuchthaus/Internierungslager *
von	bis	Haftanstalt/Zuchthaus/Internierungslager *
von	bis	Haftanstalt/Zuchthaus/Internierungslager *

Sollten Sie im Besitz von Unterlagen der Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen DDR sein, bitten wir um Übersendung zur Einsichtnahme und um Angabe der Tagebuchnummer bzw. des Aktenzeichens.

\* zutreffendes unterstreichen

**Gesundheitsstörungen, schädigendes Ereignis**

Wegen welcher Gesundheitsstörungen wird dieser Antrag gestellt?

Auf welche schädigenden Ereignisse werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt (genaue Schilderung mit Angabe von Zeit und Ort, ggf. auf einem gesonderten Blatt)?

In welcher Haftanstalt/Zuchthaus/Internierungslager sind die schädigenden Ereignisse eingetreten?

Möchten Sie berufliche Rehabilitationsmaßnahmen ( z.B. Umschulung ) beantragen?  ja  nein

Sind Sie durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen in ihrem Beruf besonders betroffen?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Gründe: Haben Sie berufliche Rehabilitationsmaßnahmen (z.B. Umschulung) beantragt? <input type="checkbox"/> ja – bei Aktenzeichen: <input type="checkbox"/> nein
-------------------------------	--

In welchen Krankenanstalten bzw. von welchem/er Arzt/Ärztin wurden Sie vor und während der Haftzeit behandelt?  
(bitte Anschrift angeben)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

---

---

Welche Personen können als Zeugen Auskunft geben über Ihre während der Haft bzw. Verfolgungszeit erlittenen Schädigungen? (bitte genaue Anschrift angeben)

---

---

---

---

Wo standen oder stehen sie wegen der vorseitig genannten Körperschäden  
(Bitte Name, Anschrift, Tel. angeben)

in ambulanter Behandlung? \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

in Krankenhausbehandlung? \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Welchen Krankenkassen haben Sie vor der Haftzeit angehört?

Name und Anschrift \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welcher Krankenkasse gehören Sie jetzt an?

Name und Anschrift / Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SV-Ausweise, Familienausweise (ggf. aus der ehemaligen DDR) beifügen**

Beziehen Sie eine Unfallrente, eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie derartige Leistungen bezogen?

nein       ja

Name und Anschrift der Stelle

Geschäftszeichen

---

---

---

Haben Sie früher einen Antrag auf Versorgung gestellt oder haben Sie eine Rente nach früheren Versorgungsgesetzen bezogen? (z.B. nach dem Häftlingshilfegesetz oder dem Bundesversorgungsgesetz)

nein       ja

Name und Anschrift der Stelle

Geschäftszeichen

---

---

---

Haben Sie die Feststellung einer Behinderung nach dem Sozialgesetzbuch IX (Schwerbehindertenrecht) beantragt?

nein       ja      Geschäftszeichen

Im Falle der Bewilligung von Geldleistungen bitte ich um Überweisung auf mein Konto bei

Geldinstitut

Konto - Nr.

BLZ

---

Ich bitte um Beifügung weiterer Unterlagen

- Erklärung § 2 HHG
- Erklärung § 16 StrRehaG
- Erklärung § 2 VwRehaG
- Einverständniserklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Soweit Änderungen in den vorstehend gemachten Angaben eintreten, werde ich das Versorgungsamt benachrichtigen, auch wenn über den Antrag noch nicht entschieden ist.

Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige Versorgungsdienststelle zur Bearbeitung meines Antrags die für die Feststellungen erforderlichen Auskünfte einholt, insbesondere auch von Dienststellen, Arbeitgebern, der Hauptfürsorgestelle und privaten Krankenversicherungs- unternehmen und die über mich bei Krankenanstalten und den Sozialleistungsträgern (Bundesagentur für Arbeit, Kranken-, Renten- und Unfallversicherung) sowie Pensionsbehörden und Gesundheitsämtern geführten Unterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht beizieht. Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Versorgungsdienststelle in diesem Zusammenhang auch von Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte einholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beizieht.

Ich entbinde die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Die von Ihnen erbetenen Angaben (Daten) werden für die Bearbeitung Ihres Antrages benötigt. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung, -verarbeitung, -nutzung und -speicherung sind die §§ 67 a-c des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch. Der Schutz Ihrer Sozialdaten ist gewährleistet. Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, dürfen für die Erfüllung gesetzlicher Aufgaben offenbart werden, falls Sie nicht ausdrücklich widersprechen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X). Wer Sozialleistungen beantragt, hat gemäß § 60 Abs. 1 Nr. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Kommt derjenige, der Sozialleistungen beantragt, seinen gesetzlich vorgeschriebenen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger nach § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

Ich bitte Sie daher, die vorstehenden Fragen sorgfältig und vollständig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift - zu beantworten, sowie die anliegenden Einwilligungserklärungen ausgefüllt und unterschrieben zurückzusenden.

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung der Behinderung, des Arbeitsverhältnisses und des Wohnsitzes werde ich unverzüglich mitteilen.

**Mir ist weiterhin bekannt, dass für ärztliche Unterlagen, die ich diesem Antrag beigelegt habe, keine Kosten übernommen werden können.**

\_\_\_\_\_ Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Unterschrift des/r Antragstellers/in oder gesetzlichen Vertreters bzw. Betreuers/in)

Telefonanschluss:

**Vergessen Sie bitte nicht, die Erklärungen der Anlage zu unterschreiben !**

## Bitte alle drei Erklärungen ausfüllen und unterschreiben!

Name: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Az: \_\_\_\_\_  
(vom Versorgungsamt auszufüllen)

### Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt für die Feststellung die erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den genannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden und Trägern der Sozialversicherung geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenscheine, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht bezieht.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters

.....  
Name: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Az: \_\_\_\_\_  
(vom Versorgungsamt auszufüllen)

### Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt für die Feststellung die erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den genannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden und Trägern der Sozialversicherung geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenscheine, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht bezieht.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters

.....  
Name: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Az: \_\_\_\_\_  
(vom Versorgungsamt auszufüllen)

### Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt für die Feststellung die erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den genannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden und Trägern der Sozialversicherung geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenscheine, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht bezieht.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters