

Hier bitte Name / Adresse der Versorgungsbehörde eintragen  
Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin  
Versorgungsamt und Hauptfürsorgestelle  
Sächsische Str. 28  
10707 Berlin

Bitte frei lassen für Eingangsvermerk der Behörde

## Folgeantrag auf Leistungen der Kriegsopferversorgung (KOF)

Alle Angaben bitte in Blockschrift! Zutreffendes bitte ankreuzen

Geschäftszeichen: \_\_\_\_\_

Ich beantrage \_\_\_\_\_

### I. Angaben zur Person

Name	Vorname
Geburtsdatum:	
Telefon:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	

### II. Angaben zum Einkommen

Entsprechende Nachweise, wie Gehalts- oder Lohnbescheinigung beifügen	Antragsteller/in	Ehegatte/in Lebenspartner/in Haushaltsangehörige/r
<input type="checkbox"/> Grundrente		€ €
<input type="checkbox"/> Ausgleichsrente		€ €
<input type="checkbox"/> Berufsschadensausgleich		€ €
<input type="checkbox"/> Altersrente davon KEL*		€ €
<input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerrente davon KEL*		€ €
<input type="checkbox"/> Arbeitseinkommen (mtl./ netto)		€ €
<b>sonstige Einkünfte</b>		€ €
<input type="checkbox"/> Pensionen		€ €
<input type="checkbox"/> Betriebsrenten		€ €
<input type="checkbox"/> Zinsen		€ €

\* Betrag der Kindererziehungsleistung (KEL)

#### 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](mailto:hauptfuersorgestelle@lageso.berlin.de)

	Antragsteller/in	Ehegatte/in Lebenspartner/in Haushaltsangehörige
<input type="checkbox"/> Leistungen der Pflegeversicherung seit: _____ Pflegestufe: _____ Name der Pflegekasse: _____		€ €
<input type="checkbox"/> Sachleistung durch Pflegestation seit: _____ Pflegestufe: _____ Name der Pflegestation: _____		€ €

### III. Kosten der Unterkunft

	Antragsteller/in	Ehegatte/in Lebenspartner/in Haushaltsangehörige
Miete insgesamt mtl.		
Warmwasserkosten mtl.		€ €
Heizungsart		
Heizkosten mtl.		€ €
Größe der Wohnung (qm)		
Zahl der Zimmer		
Wohngeld in Höhe von.....mtl. (Bitte Bescheidkopie beifügen)		€ €

### IV. Angaben zu Aufwendungen/ Belastungen

	Antragsteller/in	Ehegatte/in Lebenspartner/in Haushaltsangehörige
<input type="checkbox"/> Sterbeversicherung Zahlungsweise: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich		€ €
<input type="checkbox"/> Hausratversicherung Zahlungsweise: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich		€ €
<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung Zahlungsweise: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich		€ €

<input type="checkbox"/> Sonstige Versicherungen: _____ Zahlungsweise: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	€	€
<input type="checkbox"/> Sonstige Verpflichtungen/ Belastungen, z.B. Mehraufwendungen wegen Krankheit, Schuldverpflichtungen, _____ _____ _____ (Bitte einzeln auflühren und Unterlagen beifügen)	€	€

## V. Angaben zu Vermögensverhältnissen

	Antragsteller/in	Ehegatte/in Lebenspartner/in Haushaltsangehörige
<input type="checkbox"/> Bargeld / Girokonto am (Datum): _____	€	€
<input type="checkbox"/> Sparguthaben	€	€
<input type="checkbox"/> Sonstiges Vermögen, Wertpapiere etc.	€	€
<input type="checkbox"/> Verschenkte Beträge oder Werte an Dritte (bitte Betrag bzw. Wert, Datum und Empfänger/in der Schenkung angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (siehe Anlage)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (siehe Anlage)
<input type="checkbox"/> Grundbesitz (bei nicht selbstbewohntem Grundbesitz ist ein Grundbuchauszug vorzulegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

## VI. Sonstige Angaben

	Antragsteller/in	Ehegatte/in Lebenspartner/in Haushaltsangehörige
Es wurden Anträge gestellt auf Gewährung von:	Wenn entsprechende Anträge gestellt wurden, bitte Behörde und Geschäftszeichen angeben.	
<input type="checkbox"/> Rente	<input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> ja, bei
<input type="checkbox"/> Wohngeld	<input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> ja, bei
<input type="checkbox"/> Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> ja, bei
<input type="checkbox"/> sonstige Leistungen	<input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> ja, bei

## VII. Erklärung

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Folgen wissentlich falscher Erklärungen sind mir bewusst. Ich verpflichte mich, jede Änderung meiner persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse und der meiner Angehörigen unverzüglich der die Leistung gewährenden Behörde mitzuteilen. Über die Rückerstattungspflicht zu Unrecht empfangener Leistungen der Kriegsopferfürsorge und die Möglichkeiten seitens des Trägers der KOF, einen Drittverpflichteten in Anspruch zu nehmen, bin ich unterrichtet. Der Übermittlung von Daten durch das Bundeszentralamt für Steuern an den Träger der KOF gemäß § 45 d Abs. 2 EStG (Einkommensteuergesetz) stimme ich ausdrücklich zu. Mir ist bekannt, dass aus den Daten Rückschlüsse auf die Höhe meines Vermögens gezogen werden können.

## VIII. Bankverbindung

Ich bitte um Überweisung der Leistung

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Ehegatten/in / Lebenspartner/in Familienangehörige/r, Datum