

ANTRAG

auf Gewährung von Versorgung nach dem Verwaltungsrechtlichen
Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)

Beschädigtenversorgung Hinterbliebenenversorgung Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Angaben zur Person der Antragstellerin/des Antragstellers

Name, ggf. Geburtsname		Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, Land (Bitte Geburtsurkunde oder Fotokopie davon einsenden)	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden		
Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße):		Staatsangehörigkeit:
		Telefonisch zu erreichen unter:

2. Nur ausfüllen, wenn Hinterbliebenenversorgung beantragt wird

Datum und Ort der Eheschließung mit dem/der Verstorbenen nach dem/der Versorgung beantragt wird (Bitte Eheurkunde/Kopie einsenden)				
Ist die Ehe mit dem/der Verstorbenen, nach dem/der Versorgung beantragt wird, geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt worden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, durch Urteil vom: _____ (Bitte Urteil und – soweit Unterhalt geleistet wurde – Nachweis über Unterhaltsleistungen beifügen)				
Haben Sie sich wieder verheiratet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja				
>	Ort der Eheschließung (Bitte Eheurkunde/Kopie beifügen)	Datum		
>	Name, Vorname des Ehegatten der neuen Ehe	geboren		
>	Die neue Ehe ist aufgelöst oder für nichtig erklärt worden durch			
<input type="checkbox"/>	Tod des Ehegatten (Bitte Sterbeurkunde/Kopie beifügen)			
	Datum	Todesursache		
<input type="checkbox"/>	Urteil vom (Bitte Urteil beifügen)	Rechtskräftig geworden am:		
Welche Versorgungs-, Renten- oder Unterhaltsansprüche, die sich aus der neuen Ehe herleiten, haben Sie erworben oder durch Antragstellung geltend gemacht?				
Art des Anspruchs	Höhe des Anspruchs	Zahlende Stelle mit Geschäftszeichen		
Waisen/Kinder des/der Verstorbenen, für die Versorgung beantragt wird (Bitte Geburtsurkunde(n), Schul- und Ausbildungsnachweise oder Kopien davon beifügen)				
Name	Vorname	Geburtsdatum	Kindschaftsverhältnis	Schul- oder Berufsausbildung
	.			
	.			
	.			
Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Vormund, Pfleger oder Betreuer bestellt ist, bitte Daten des gesetzlichen Vertreters oder des bestellten Pflegers angeben und ggf. Bestallungsurkunde oder Kopie davon vorlegen.				
Name		Vorname		
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort		

3. Angaben zur Person des/der Verstorbenen, nach dem/der Versorgung beantragt wird

Name, ggf. Geburtsname	Vorname
Geburtsdatum, Geburtsort, Land (Bitte Geburtsurkunde oder Kopie davon beifügen)	
Staatsangehörigkeit	
Todesstag bzw. Todeszeitpunkt (Bitte Sterbeurkunde oder Kopie davon beifügen)	

4. Maßnahmen nach § 1 VwRehaG im Gebiet der ehemaligen DDR einschließlich in Berlin (Ost)

Angaben über Haftzeiten	von	bis	Haftanstalt
Verhaftung und Verurteilung			
> Welche Stelle bewirkte Verhaftung?			
> Welche(s) Gericht(e) verurteilte(n) Sie?			
> Datum und Aktenzeichen des Urteils/der Urteile			
> Zu welcher Strafe wurden Sie verurteilt?			
> Was wurde Ihnen bei der Verhaftung vorgeworfen?			
> Anklagegrund im Strafverfahren			

5. Angaben zur Schädigung

Angaben der Körperschäden, für die Versorgung beantragt wird
Auf welches Ereignis bzw. auf welche Umstände werden die Körperschäden zurückgeführt (bitte genaue Schilderung mit Angaben von Ort, Zeit und ggf. Zeugen)? Falls Platz nicht ausreicht, Fortsetzung auf gesondertem Blatt.
Welche Körperschäden haben bereits vor der Haft/Schädigung vorgelegen? Sind diese durch Einflüsse der Haft verschlimmert worden?

6. Angaben über ärztliche und sonstige Behandlungen sowie über die Krankenversicherung

Waren Sie wegen der geltend gemachten Körperschäden während der Haft bzw. nach Haftentlassung nach Eintritt der schädigenden Ereignisse in ärztlicher Behandlung?			
von	bis	Name und Anschrift des Arztes	Grund der Behandlung
Name, Anschrift des derzeit behandelnden Hausarztes			
Welcher Krankenkasse haben Sie als Mitglied angehört vor der Haftzeit?			
Welcher Krankenkasse gehören Sie jetzt an?			

7. Sonstige Angaben

Haben Sie wegen der Körperschäden, für die Sie Versorgung beantragen, auch bei anderen Stellen Ansprüche angemeldet?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Name/Anschrift der Stelle/Geschäftszeichen	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Haben Sie bereits früher einen Antrag auf Versorgung nach dem VwRehaG gestellt?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Stelle/Geschäftszeichen	
Haben Sie die Feststellung von Behinderungen nach dem Schwerbehindertengesetz beantragt?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Stelle/Geschäftszeichen	
Ist bereits ein Rehabilitationsbeschluss ergangen?	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Von welcher Stelle am (bitte Beschluss oder Kopie davon beifügen)?	
Eventuell zustehende Versorgungsbezüge sollen auf das nachstehende Konto überwiesen werden:	
Geldinstitut	Bankleitzahl
Name des Kontoinhabers	Vorname
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer
Ich/Wir verpflichte(n) uns auch mit Wirkung gegenüber meinen/unserer Erben evtl. überzahlte Beträge an das Versorgungsamt zurückzugeben und beauftrage(n) dazu das jeweils kontoführende Geldinstitut, an das die Versorgungsbezüge überwiesen werden.	

