

An das  
 Landratsamt Ortenaukreis  
 Amt für Soziales und Versorgung  
 Badstr. 20  
 77656 Offenburg

Eingangsstempel



Aktenzeichen

ZDG - B

**ANTRAG**  
 auf Gewährung von **Beschädigtenversorgung** nach dem  
 Zivildienstgesetz (ZDG)

1. <b>Familienname, Vorname</b>	
2. Geburtsdatum	
3. Geburtsort, Kreis, Land	
4. PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer, Telefon	
5. Staatsangehörigkeit(en)	
6. Beruf	a) vor der Einberufung zum Zivildienst:  b) nach der Entlassung aus dem Zivildienst:
7. Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. (Zutreffendes ankreuzen) <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch.
a) Name des Ehegatten:	Vor- und Zuname: ..... Geburtsname: ..... Geburtstag: .....
b) Namen der Kinder: (mit Geburtstagen)	<b>1</b> ..... <b>2</b> ..... <b>3</b> ..... <b>4</b> .....
8. <b>Personenkennziffer:</b>	

**9. Dienstleistungen innerhalb des Zivildienstes:**

von	bis	Dienststelle	Standort	Dienststellung

10. **Wegen welcher Gesundheitsstörungen wird Versorgung beantragt?**


11. **Auf welches schädigendes Ereignis werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt?** (Genauere Schilderung mit Angabe von Zeit, Ort und ggf. Zeugen; evtl. auf besonderem Blatt)

Zeitpunkt 1)	Ort und Gegend	Art der Erkrankung bzw. Unfall 2)	Nachweise, Zeugen

12. Bei welchen Ärzten oder in welchen Krankenstationen, Krankenhäusern usw. wurden Sie wegen der unter Nr. 10 aufgeführten Gesundheitsstörungen **während des Zivildienstes** ambulant oder stationär ärztlich behandelt?

von	bis	Ort	Name und Anschrift des Arztes, Bezeichnung des Krankenhauses oder dergl. 2)

13. **Ärztliche Behandlungen** (ambulant oder stationär) wegen der unter Nr. 10 aufgeführten Gesundheitsstörungen **nach Beendigung des Zivildienstes:**

von	bis	Krankheit	Behandelnder Arzt oder Krankenhaus (bitte genaue Anschrift)	arbeitsunfähig		Von welcher Krankenkasse wurden die Behandlungskosten getragen?
				von	bis	

1) Möglichst genaue Angaben sind erforderlich, mindestens nach Jahr und Monat.  
 2) Möglichst genaue Bezeichnung ist erforderlich.

14. Bestanden Gesundheitsstörungen schon **vor der Einberufung zum Zivildienst?**

Ja  Nein (Zutreffendes ankreuzen)

**Wenn ja, welche?**


15. Waren Sie wegen Erkrankung vom Zivildienst zurückgestellt?  Ja  Nein

**Wenn ja**, von wann bis wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen?

--

16. Welchen **Krankenkassen** haben Sie **vor der Einberufung zum Zivildienst** angehört?

von	bis	Anschrift der Krankenkasse	Mitglieds-Nr.	Arbeitgeber

(Bei Familienversicherung bitte unter Nr. 16 und 17 auch Name und Geburtsdatum des Versicherungsnehmers angeben, von dem die Familienversicherung abgeleitet wird).

17. Welchen **Krankenkassen** gehörten bzw. gehören Sie **nach Beendigung des Zivildienstes** bis heute an?

von	bis	Anschrift der Krankenkasse	Mitglieds-Nr.	Arbeitgeber

18. Wie lautet Ihre Rentenversicherungsnummer? .....

18.1 Beziehen Sie Rente aus der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung, beamtenrechtliches Ruhegehalt oder sind solche Leistungen beantragt, ggf. von (bei) welcher Stelle (Rentenzeichen)?

--

19. Bezogen Sie in den letzten drei Jahren Leistungen der Arbeitslosenversicherung, ggf. von welchem Arbeitsagentur und in welcher Zeit?

--

20.a) Erhalten Sie bereits Versorgungsbezüge bzw. Heilbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder einem Gesetz, das das BVG für anwendbar erklärt und ggf. von welcher Stelle?

--

20.b) Haben Sie schon früher einen entsprechenden Antrag gestellt und ggf. bei welcher Stelle?

--

21. Von welcher Dienststelle erhielten Sie zuletzt Ihre Dienstbezüge?

--

22. Antrag auf Feststellung einer Behinderung nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) habe ich  
- - gestellt

am	beim Landratsamt	Aktenzeichen

23. Bank- oder Postbankkonto, auf das die Versorgungsbezüge ggf. überwiesen werden sollen:

Konto-Nr.	bei der Bank/Postbank	Bankleitzahl

## 24. Erklärung

24.1 Ich erkläre, daß vorstehende Angaben den Tatsachen entsprechen und kein gleichartiger Antrag bei einer anderen Behörde gestellt wurde. Es ist mir bekannt, daß falsche oder irreführende Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Versorgungsleistungen zurückerstattet werden müssen. Soweit Änderungen in den angegebenen Verhältnissen eintreten, werde ich diese dem Landratsamt unverzüglich anzeigen, auch wenn über den Antrag noch nicht entschieden ist.

24.2 Ich bin damit einverstanden, daß das Landratsamt von folgenden

- Ärzten	wegen der Gesundheitsstörungen unter Nr. 10, 12 - 15

- Kuranstalten/Krankenhäusern/Heilstätten	wegen der Gesundheitsstörungen unter Nr. 10, 12 - 15

Befundberichte, Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde und Röntgenbilder bezieht, sofern und soweit die beigefügten Unterlagen nicht ausreichend sind.

**Ich entbinde diese Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.**

24.3 Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, daß das Landratsamt von folgenden Trägern der Sozialversicherung, dem zuständigen Bundesamt für Zivildienst und anderen Stellen (Nr. 16 - 22) - (bitte die Sozialversicherungsträger und anderen Stellen hier bezeichnen) -


Aktenvorgänge einschließlich Untersuchungsunterlagen bezieht.

**Die beteiligten Ärzte entbinde ich insoweit ebenfalls ausdrücklich von der Schweigepflicht.**

**Als Unterlagen sind beigefügt (alle Angaben sind möglichst zu belegen z.B. durch Zivildienstbescheinigung, Zeugenaussagen usw.):**


Ort, Datum   , den	Eigenhändige Unterschrift - Vor- und Zuname - des Antragstellers   .....
-----------------------------	---

**Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind §§ 47 ff ZDG in Verbindung mit § 12 Abs. 2 Verwaltungsverfahrensgesetz KOV (VfG KOV) sowie §§ 60 und 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I).**

**Hinweise für amtliche Stellen, Träger der Sozialversicherung, amtliche Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland:**

Geht dieser Antrag (statt beim Landratsamt) bei einer anderen amtlichen Stelle ein, wird gebeten, ihn mit **Eingangsstempel** oder **-vermerk** zu versehen. Über mündlich gestellte Anträge ist **stets** eine Niederschrift zu fertigen. Die Anträge sind in solchen Fällen unter Benachrichtigung des Antragstellers unverzüglich dem zuständigen Landratsamt zuzuleiten (§16 SGB I vom 11.12.1975 - BGBl. I Seite 3015).

**Anlage: Hinweisblatt zur Datenerhebung**