

Anlage P zum Antrag vom _____

Geschäftszeichen der Hauptfürsorgestelle: _____

Angaben zur Person

Name (ggf. Geburtsname), Vorname		Geburtsdatum	Geschlecht
Straße, Hausnummer		Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft	
Postleitzahl	Wohnort		
Ausgeübter Beruf / Tätigkeit		Arbeitgeber	
Bankverbindung (Name der Bank / Sparkasse)		Staatsangehörigkeit	
IBAN		Telefonnummer (bitte mit Vorwahl)	
BIC		Fax- oder E-Mail-Adresse	

Angaben zur Behinderung

⇒ Bei Erstantrag oder Änderung bitte Nachweise (Kopie Bescheid und Schwerbehindertenausweis) beifügen!

a) nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX)

Bei mir wurde ein Grad der Behinderung von _____ unbefristet / befristet bis: _____ vom Amt für Versorgung und Soziales - Versorgungsamt - wegen folgender Gesundheitsstörungen anerkannt:

Gleichstellung durch Arbeitsamt: _____ unbefristet / befristet bis: _____

b) nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (z.B. dem Bundesversorgungsgesetz)

Bei mir wurde ein Grad der Schädigungsfolgen von _____ v. H. anerkannt.

Schädigungsfolgen: _____

Ich wurde als Beschädigte/r Witwe/r Waise Elternteil anerkannt.

Rechtsgrundlage

Bundesversorgungsgesetz Infektionsschutzgesetz Zivildienstgesetz

Opferentschädigungsgesetz Häftlingshilfegesetz Sonstige

Zuständiges Amt für Versorgung und Soziales: _____ Geschäftszeichen: _____

Schwerbehindertenausweis

Ich besitze einen bis _____ gültigen Schwerbehindertenausweis mit den nachfolgend angekreuzten Merkzeichen:

B G aG H BI RF 1.KI GI TBI

Angaben zu Ansprüchen gegen Dritte

⇒ Bei noch nicht abgeschlossenen Verfahren bitte den Sachverhalt auf einem Beiblatt erläutern !

Meine Behinderung / Schädigung ist ganz oder teilweise		
- auf Verschulden Dritter zurückzuführen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Folge eines Arbeits- oder Dienstunfalls	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich habe oder hatte deshalb Ansprüche auf z. B. Rente, Schmerzensgeld, Schadenersatz oder Unfallausgleich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, gegen _____		
Es wurde eine Abfindung gezahlt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Angaben zur Sozialversicherung

Rentenversicherung		
<input type="checkbox"/> Ja, bei _____ Versicherungs-Nr. _____		<input type="checkbox"/> Nein
ich zahle Beiträge seit: _____		
Krankenversicherung		
<input type="checkbox"/> Ja, bei _____ Versicherungs-Nr. _____		<input type="checkbox"/> Nein
Pflegeversicherung		
<input type="checkbox"/> Ja, bei _____		
Arbeitslosenversicherung		
<input type="checkbox"/> Ja, ich zahle Beiträge seit: _____		<input type="checkbox"/> Nein
Beihilfeberechtigung (beamtenrechtlich)		
<input type="checkbox"/> Ja, bei _____		<input type="checkbox"/> Nein
Besondere Bemerkungen		
z. B. bestehende Vollmacht oder Betreuung		

Schlusserklärung / Unterschrift

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

Mir ist bekannt, dass ich nach §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch I (SGB I) zur Angabe aller für die Bearbeitung meines Antrages erheblichen Tatsachen verpflichtet bin. Auf meine Mitwirkungspflichten nach dem SGB I sowie auf die Folgen einer unterbliebenen oder nicht rechtzeitigen Mitwirkung bin ich hingewiesen worden.

Ich bin darüber informiert, dass die Hauptfürsorgestelle beim Bundeszentralamt für Steuern gem. § 45 d Abs. 2 Einkommensteuergesetz meine Daten über Zinsen im Rahmen der Freistellungsgrenze abfragen darf und damit Rückschlüsse auf mein vorhandenes Vermögen erhält.

Einen Abdruck der §§ 60 - 67 SGB I (Anlage M) habe ich erhalten.

Meine Sozialdaten werden von der Hauptfürsorgestelle für die Berechnung, Bescheiderteilung und weitere Abwicklung der Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert. Das Informationsblatt „Hinweise zum Datenschutz“ habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift

Erläuterungen:

⇒ Sofern bekannt, bitte stets das Geschäftszeichen der Hauptfürsorgestelle angeben.

⇒ Das gerasterte Feld bitte nicht beschreiben.

Die Daten wurden ermittelt durch:

Datum, Namenszeichen der Sachbearbeitung der Hauptfürsorgestelle