

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:

<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> RF	<input type="checkbox"/> 1.KI	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> 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

<p>Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Einen Abdruck der §§ 60 - 67 SGB I (Anlage M) habe ich erhalten.</p> <p>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.</p>	
_____ 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