

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



Bundesamt für das Personalmanagement
der Bundeswehr
Referat VII 2.3
Wilhelm-Raabe-Straße 46
40470 Düsseldorf

Eingangsvermerk

Versorgung nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)
hier: Fragebogen / Bescheinigung zur Prüfung des Waisenversorgungsanspruches

1.) Angaben zur verstorbenen Person

Bitte Sterbeurkunde beifügen, soweit hier noch nicht vorliegend.

Name	Vorname
Geburtsname	Frühere Namen
Geburtsdatum	Geburtsort (Kreis, Land)
Sterbedatum	Sterbeort (Kreis, Land)

2.) Angaben zur Person der über 18 Jahre alten Waisen

Name	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Telefonische Erreichbarkeit (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



BUNDESWEHR

3.) Antragstellung durch andere Person / Der Antrag wird in Vertretung gestellt von:

Bitte Vollmacht oder Beschluss des Gerichts beifügen.

Name	Vorname
In der Eigenschaft als <input type="checkbox"/> gesetzliche/r Vertreter/-in <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer/-in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r	
Straße, Hausnummer	Telefonische Erreichbarkeit (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort

4.) Angaben über die Ausbildung

4.1 Sind Sie derzeit in Ausbildung?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Art der Ausbildung
4.2 Beabsichtigen Sie die Aufnahme einer (weiteren) Ausbildung?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Art der Ausbildung
	voraussichtlicher Beginn
	weitere Angaben zu der beabsichtigten Ausbildung

5.) Angaben über Teilzeitunterricht, Abendunterricht beziehungsweise Fernunterricht

3.1 Handelt es sich bei der nachfolgend bescheinigten Ausbildung um Teilzeitunterricht oder Abendunterricht?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	An wie vielen Tagen muss die Ausbildungsstätte regelmäßig wöchentlich aufgesucht werden? <div style="text-align: right;">bitte weiter bei Ziffer 3.3</div>
3.2 Handelt es sich bei der unter Ziffer 4 bestätigten Ausbildung um Fernunterricht?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Muss die Ausbildungsstätte regelmäßig wöchentlich aufgesucht werden und wie oft? <div style="text-align: right;">bitte weiter bei Ziffer 3.3</div>
3.3 Welche Zeit beansprucht der Schulweg? (Bitte Minuten für die einfache Wegstrecke angeben.)	
_____ _____	
Ort, Datum	Unterschrift der/des Antragstellenden

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

6.) Bescheinigung

6.1) Schule, Fachschule, Fachhochschule, Hochschule

Name/Vorname		Geburtsdatum	
befindet sich in			
<input type="checkbox"/> Schulausbildung	zurzeit Klasse / Semester		
	seit (erster Unterrichtstag in dieser Klasse / diesem Semester)		
<input type="checkbox"/> Vollzeitunterricht	vom - bis		
<input type="checkbox"/> Teilzeitunterricht	vom - bis		
	Unterrichtsdauer wöchentlich		
	vom Ausbildungsinstitut für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit (wöchentlich)		
<input type="checkbox"/> Fachschulausbildung	zurzeit Klasse / Semester		
	seit (erster Unterrichtstag in dieser Klasse / diesem Semester)		
<input type="checkbox"/> Vollzeitunterricht	vom - bis		
<input type="checkbox"/> Teilzeitunterricht	vom - bis		
	Unterrichtsdauer wöchentlich		
	vom Ausbildungsinstitut für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit (wöchentlich)		
<u>voraussichtliche</u> Beendigung der Ausbildung / Abschluss			
Tag / Monat / Jahr			
Aushändigung des letzten Zeugnisses		_____	
		Tag / Monat / Jahr	
Bei Fachschule ggf. ergänzend Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses am _____			
<input type="checkbox"/> Fachhochschul-ausbildung / Hochschul-ausbildung	seit (Beginn des Studiums)		
	zurzeit Semester (Datum des Semesterbeginns)		
	erforderliche Semester		
	voraussichtliche Semester bis Abschluss		
	Abschluss durch		
	Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses am (Tag / Monat / Jahr)		

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Wurde das Studium erst nach Vorlesungsbeginn begonnen?	
<input type="checkbox"/> Nein	Tag / Monat / Jahr
<input type="checkbox"/> Ja, am	_____
Grund	
<input type="checkbox"/> Beurlaubung vom Studium	
<input type="checkbox"/> zurzeit vom Studium beurlaubt	vom - bis
Grund der Beurlaubung	

<input type="checkbox"/> beurlaubt für das nächste Semester	vom - bis
Grund der Beurlaubung	

<input type="checkbox"/> Teilnahme an einem Fernlehrgang (Fernunterricht)	
angestrebter Abschluss	

Unterrichtsstunden wöchentlich	

vom Ausbildungsinstitut für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit (wöchentlich)	

voraussichtliche Beendigung der Ausbildung / Abschluss am (Tag / Monat / Jahr) der Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses	

<input type="checkbox"/> Abendunterricht oder Teilzeitstudium	
angestrebter Abschluss	

Unterrichtsstunden wöchentlich	

vom Ausbildungsinstitut für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit (wöchentlich)	

voraussichtliche Beendigung der Ausbildung / Abschluss am (Tag / Monat / Jahr) der Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses	

<input type="checkbox"/> berufsbezogenes Praktikum	
Das Praktikum vom _____ bis _____ ist nach den Ausbildungsplänen beziehungsweise Studienplänen der Schule, Fachschule, Fachhochschule, Hochschule verlangt, gewünscht oder empfohlen	
<input type="checkbox"/> in vollem Umfang	<input type="checkbox"/> im Umfang von _____ Monaten.
Ort, Datum	Telefon (Durchwahl)
Unterschrift	Stempel der Schule, Fachschule, Fachhochschule, Hochschule

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



BUNDESWEHR

7.) Berufsausbildung

Name / Vorname						Geburtsdatum					
befindet sich in											
<input type="checkbox"/> Berufsausbildung		vom - bis _____									
<input type="checkbox"/> Vollzeitausbildung		vom - bis _____									
<input type="checkbox"/> Teilzeitausbildung		vom - bis _____									
Ausbildungszeit wöchentlich _____											
vom Ausbildungsinstitut für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit (wöchentlich) _____											
voraussichtliche Beendigung der Ausbildung / Abschluss am (Tag / Monat / Jahr der Bekanntgabe Prüfungszeugnisses) _____											
<input type="checkbox"/> berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme		vom - bis _____									
Förderung der Maßnahme von der Bundesagentur für Arbeit											
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja > Gesetzliche Grundlage dieser Maßnahme _____											
Bescheinigung nach der Berufsausbildungsvorbereitungs-Bescheinigungsverordnung (BAVBVO) vorgesehen?											
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja											
Bitte individuellen Qualifizierungsplan und Bescheinigung über zeitlichen Umfang der Maßnahme beifügen!											
<input type="checkbox"/> berufsbezogenes Praktikum											
Das Praktikum vom _____ bis _____ ist nach den Ausbildungsplänen beziehungsweise Studienplänen der Schule, Fachschule, Fachhochschule, Hochschule verlangt, gewünscht oder empfohlen											
<input type="checkbox"/> in vollem Umfang <input type="checkbox"/> im Umfang von _____ Monaten.											
Höhe der Ausbildungsvergütung											
ab	ab	ab	ab	ab	ab	ab	ab	ab	ab	ab	ab
Höhe	Höhe	Höhe	Höhe	Höhe	Höhe	Höhe	Höhe	Höhe	Höhe	Höhe	Höhe
Ort, Datum						Telefon (Durchwahl)					
Unterschrift						Firmenstempel der Ausbildungsstätte					

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



BUNDESWEHR

8.) Praktikum (Bestätigung der Praktikumsstätte)

Name /Vorname		Geburtsdatum	
befindet sich in			
<input type="checkbox"/>	berufsbezogenem Praktikum	seit	
		als (Bezeichnung der Tätigkeit / angestrebte Qualifikation)	
Der zeitliche Umfang der Praktikstätigkeit beträgt täglich <input type="text"/> <input type="text"/> Stunden.			
Das Praktikum steht im Zusammenhang mit einer Schulausbildung, Fachschulausbildung, Fachhochschulausbildung oder Hochschulausbildung			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Das Praktikum steht im Zusammenhang mit einer Berufsausbildung oder einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme.			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Ort, Datum		Telefon (Durchwahl)	
Unterschrift		Firmenstempel der Praktikumsstätte	

9.) Freiwilligendienst

Name /Vorname		Geburtsdatum	
leistet einen Freiwilligendienst vom - bis			
Genauere Bezeichnung des Freiwilligendienstes, zum Beispiel freiwilliges soziales oder freiwilliges ökologisches Jahr, Freiwilligendienst der EU, anderer Dienst im Ausland (§ 5 des Bundesfreiwilligengesetzes) entwicklungspolitischer Freiwilligendienst „weltwärts“, Freiwilligendienst aller Generationen, Internationaler Jugendfreiwilligendienst, Bundesfreiwilligendienst			
Bezeichnung des Trägers			
Bezeichnung der Zulassungsbehörde			
Datum des Zulassungsbescheides			
Ort, Datum		Telefon (Durchwahl)	
Unterschrift		Dienststempel / Firmenstempel	

WWW.BUNDESWEHR.DE

PERSONAL

Personenkennziffer der / des Verstorbenen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



BUNDESWEHR

10.) Erklärung der/des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazu gehörenden Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ich verpflichte mich, das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr Referat VII 2.3 unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Antrags bis zum Erhalt des Bewilligungsbescheides

- eine Leistung nach Ziffer 5 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift oder Bankverbindung ändert.

Die Merkblätter "Leistungen der Kriegsopferversorgung – KOF" und „Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung – HuK“ habe ich zur Kenntnis genommen bzw. erhalten. (Beide Merkblätter sind einsehbar unter www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/besoldung-versorgung-soldaten/soziales-entschaedigungsrecht.)

Falls Sie auf Grund der anerkannten Wehrdienstbeschädigung der/des Verstorbenen nach § 10 Absatz 4 BVG einen Anspruch auf Krankenbehandlung haben, wenden sich bitte an das Referat Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung (HuK) Referat VII 2.4.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

11.) Anlagen

Zu den unter Ziffer 5 und 6 genannten Leistungen bzw. Einkommen ist jeweils ein Nachweis ab Folgemonat des Todes der/des Verstorbenen und -falls Änderungen eingetreten sind - ein aktueller Nachweis (Rentenbescheid etc.) beizufügen

Es ist beigefügt:

Falls Sie weitere Anlagen beifügen, vermerken Sie diese bitte auf der Rückseite.