Personenkennziffer (PK)

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

**Schutzbereich 3** (wenn ausgefüllt)

BUNDESWEHR

Bundesamt für das Personalmanagement
der Bundeswehr
Soziales Entschädigungsrecht – VII 2
Wilhelm-Raabe-Straße 46
40470 Düsseldorf

Eingangsvermerk

# Versorgung nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

## hier: Antrag auf Anerkennung einer Wehrdienstbeschädigung (WDB) und Leistungen für ausgeschiedene Soldatinnen und Soldaten

Zur Prüfung, ob bei Ihnen eine WDB vorliegt und ob deswegen ein Anspruch auf Versorgungsleistungen besteht, füllen Sie bitte den nachfolgenden Fragebogen aus und senden uns diesen unterschrieben – zusammen mit der gleichfalls unterschriebenen Einverständniserklärung und Belehrung - zu. Daraufhin wird ein Verfahren eingeleitet und die zuständige Sachbearbeitung kommt bei Rückfragen unaufgefordert auf Sie zu.

Bitte geben Sie oben links auf dem Vordruck Ihre Personenkennziffer an. Sofern diese nicht mehr bekannt ist, tragen Sie bitte Ihr Geburtsdatum ein.

### 1.) Angaben zur Person

| | |
|---|---|
| Nachname | Vorname |
| Geburtsname | Geburtsdatum |
| Telefon | E-Mail-Adresse |
| Straße, Hausnummer | Postleitzahl |
| Wohnort | Staatsangehörigkeit |
| Kinder<br>☐ Nein ☐ Ja | Anzahl |
| Familienstand<br>☐ ledig ☐ verheiratet ☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft<br>☐ getrennt lebend ☐ verwitwet ☐ geschieden | seit |

Personenkennziffer (PK)

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

**Schutzbereich 3** (wenn ausgefüllt)

BUNDESWEHR

## 2.) Antragstellung durch andere Person
## Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen!

| | |
|---|---|
| Nachname Vorname/Dienstelle (gegebenenfalls Aktenzeichen) | |
| In der Eigenschaft als<br>☐ gesetzliche/r Vertreter/-in ☐ Vormund ☐ Betreuer/-in ☐ Bevollmächtigte/r | |
| Straße, Hausnummer | Telefon |
| Adresszusatz | Faxnummer |
| Postleitzahl | Wohn-/Dienstort |

## 3.) Angaben zur Antragstellung

| | |
|---|---|
| **Ich habe noch keine anerkannte WDB**<br>3.1 Ich möchte eine gesundheitliche Schädigung als WDB **erstmalig** geltend machen. | ☐ Ja ☐ Nein<br>Falls **Ja**, bitte weiter mit 4 |
| **Ich habe bereits eine anerkannte WDB bzw. einen Antrag gestellt und**<br>3.2 möchte eine **weitere WDB erstmalig** geltend machen. | ☐ Ja ☐ Nein |
| 3.3 möchte Versorgung für die Zeit nach dem aktiven Wehrdienst nach § 80 SVG beantragen. | ☐ Ja ☐ Nein |
| 3.4 erhalte Versorgung nach § 80 SVG i.V.m. dem BVG. Meine WDB-Folge hat sich verschlimmert. | ☐ Ja ☐ Nein |
| Wenn Fragen 3.2 , 3.3 oder 3.4 mit „Ja“ beantwortet wurden: | Grad der Schädigung (GdS):<br>_____ |

## 4.) Angaben zum Wehrdienstverhältnis

**4.1 Angaben zu Status und Dauer des Wehrdienstverhältnisses/der Wehrdienstverhältnisse:**

| Status | Dienstzeitbeginn | Dienstzeitende |
|---|---|---|
| ☐ Grundwehrdienstleistende/r | | |
| ☐ Freiwillig Wehrdienstleistende/r | | |
| ☐ Soldat auf Zeit | | |
| | | |
| ☐ Berufssoldat/-in | | |
| ☐ Wehrübende/r | | |
| | | |
| | | |
| ☐ Wehrdienstverhältnis besonderer Art | | |

**4.2 Dienstleistungen/Verwendungen in der Bundeswehr**

| Funktion / Verwendung | Beginn | Ende | Bei Einheit/ Dienststelle | Anschrift der Einheit/ Dienststelle |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Für weitere Angaben nutzen Sie bitte ein separates Blatt oder die Rückseite.

**4.3 Aktuelle bzw. letzte Einheit / Dienststelle**

| Einheit/Dienststelle | Standort | Straße, Hausnummer | PLZ | Ort |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

## 5.) Angaben zur Schädigung

**5.1 Angaben zur gesundheitlichen Einschränkung** (Erkrankung, Schädigung, Verletzung, etc.)
Folgende gesundheitliche Schädigung/-en wird/werden als WDB geltend gemacht:

**5.2 Die Schädigung/-en sind eingetreten:**

| | |
|---|---|
| während der Zugehörigkeit zur Einheit/Dienststelle | Datum bzw. Zeitraum |
| während der Zugehörigkeit zur Einheit/Dienststelle | Datum bzw. Zeitraum |
| während der Zugehörigkeit zur Einheit/Dienststelle | Datum bzw. Zeitraum |

**5.3 Die gesundheitliche/n Schädigung/-en führe ich zurück auf folgende schädigende Ereignisse:**
Bitte schildern Sie diese möglichst genau inklusive der Angabe über Ort, Uhrzeit, Datum, ausgeübte Tätigkeit/-en, dienstlicher Zusammenhang, etc.

Für weitere Angaben nutzen Sie bitte ein separates Blatt oder die Rückseite.

**5.4** Im Falle eines **Unfalles**

5.4.1 Sind die Schädigungen auf einen Unfall zurückzuführen?

☐ Ja verursacht durch
☐ Nein

5.4.2 Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

☐ Ja Polizeidienststelle und Aktenzeichen
☐ Nein

5.4.3 Wurde ein Unfallvermerk oder eine Unfallanzeige erstellt?

☐ Ja durch Einheit / Dienststelle (bitte Kopie des Unfallvermerks/der Unfallanzeige beifügen)
☐ Nein

5.4.4 Im Falle eines **Wegeunfalles** (von/zur Dienststelle) bitte Angaben über Wegstrecke inklusive Wegskizze, Dienstbeginn/-ende, Zielort, Zweck der Fahrt, etc. angeben (auch unter 5.3)

**5.5** Angabe von **Zeugen:**

Gibt es Zeugen, die die o.a. schädigenden Ereignisse/den Unfall bezeugen können? Bitte geben Sie die Ihnen bekannten Kontaktdaten an.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5.5.1 | Name | Vorname | Dienstgrad/Privatperson |
| | Einheit/Dienststelle/Kontingent | | im Zeitraum |
| | Telefonnummer | E-Mail-Adresse | |
| | PLZ, Ort | Straße, Hausnummer | |
| 5.5.2 | Name | Vorname | Dienstgrad/Privatperson |
| | Einheit/Dienststelle/Kontingent | | im Zeitraum |
| | Telefonnummer | E-Mail-Adresse | |
| | PLZ, Ort | Straße, Hausnummer | |

Für die Angabe weiterer Zeugen benutzen Sie bitte ein separates Blatt oder die Rückseite.

## 6.) Angaben zu ärztlichen und sonstigen Behandlungen

| **6.1 Aktuell** betreuendes **Sanitätsversorgungszentrum** | |
|---|---|
| Sanitätsversorgungszentrum | Standort |
| PLZ, Ort | Straße, Hausnr. |

**6.2 Ärztliche Behandlungen während der Wehrdienstzeit:**

Bitte machen Sie Angaben zu den **außerhalb des Sanitätsversorgungszentrums** stattgefundenen Behandlungen, bezogen auf die von Ihnen geltend gemachte WDB (z.B. zivile Krankenhäuser, Radiologiepraxen, Bundeswehrkrankenhäuser, etc.).

| | | |
|---|---|---|
| 6.2.1 | Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Therapeut/-in bzw. Einrichtung | Datum bzw. Zeitraum |
| | PLZ, Ort | Straße, Hausnummer |
| 6.2.2 | Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Therapeut/-in bzw. Einrichtung | Datum bzw. Zeitraum |
| | PLZ, Ort | Straße, Hausnummer |
| 6.2.3 | Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Therapeut/-in bzw. Einrichtung | Datum bzw. Zeitraum |
| | PLZ, Ort | Straße, Hausnummer |
| 6.2.4 | Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Therapeut/-in bzw. Einrichtung | Datum bzw. Zeitraum |
| | PLZ, Ort | Straße, Hausnummer |
| 6.2.5 | Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Therapeut/-in bzw. Einrichtung | Datum bzw. Zeitraum |
| | PLZ, Ort | Straße, Hausnummer |
| 6.2.6 | Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Therapeut/-in bzw. Einrichtung | Datum bzw. Zeitraum |
| | PLZ, Ort | Straße, Hausnummer |
| | Für die Angabe weiterer Ärztinnen/Ärzte/Therapeutinnen/Therapeuten bzw. Einrichtungen benutzen Sie bitte ein separates Blatt oder die Rückseite. | |

| **6.3 Ärztliche Behandlungen vor der Wehrdienstzeit:** | |
|---|---|
| Bestanden bereits vor dem Wehrdienst Beschwerden bezüglich der als WDB geltend gemachten gesundheitlichen Schädigung?<br>☐ Ja ☐ Nein — Es bestanden bereits folgende Beschwerden/Schädigungen: | seit: |
| Waren Sie wegen der unter 6.3 angegebenen oder der geltend gemachten WDB vor dem Wehrdienst in ärztlicher oder sonstiger Behandlung?<br>☐ Ja ☐ Nein — Falls Ja: Bitte geben Sie behandelnde Ärztinnen/Ärzte/Therapeutinnen/Therapeuten bzw. Einrichtungen im Folgenden an: | |

| | | |
|---|---|---|
| 6.3.1 | Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Therapeut/-in bzw. Einrichtung | Datum bzw. Zeitraum |
| | PLZ, Ort | Straße, Hausnummer |
| 6.3.2 | Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Therapeut/-in bzw. Einrichtung | Datum bzw. Zeitraum |
| | PLZ, Ort | Straße, Hausnummer |
| 6.3.3 | Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Therapeut/-in bzw. Einrichtung | Datum bzw. Zeitraum |
| | PLZ, Ort | Straße, Hausnummer |

| **6.4 Ärztliche Behandlungen nach der Wehrdienstzeit:** | | |
|---|---|---|
| Bitte machen Sie Angaben zu allen Behandlungen Ihrer als WDB geltend gemachten gesundheitlichen Schädigung für die Zeit nach dem Wehrdienst. | | |
| 6.4.1 | Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Therapeut/-in bzw. Einrichtung | Datum bzw. Zeitraum |
| | PLZ, Ort | Straße, Hausnummer |
| 6.4.2 | Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Therapeut/-in bzw. Einrichtung | Datum bzw. Zeitraum |
| | PLZ, Ort | Straße, Hausnummer |
| 6.4.3 | Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Therapeut/-in bzw. Einrichtung | Datum bzw. Zeitraum |
| | PLZ, Ort | Straße, Hausnummer |

Für die Angabe weiterer Ärztinnen/Ärzte/Therapeutinnen/Therapeuten bzw. Einrichtungen benutzen Sie bitte ein separates Blatt oder die Rückseite.

## 7.) Angaben zur beruflichen Situation

| **7.1 Angaben zur Berufsausbildung bzw. zum Studium** |
|---|
| Erlernter Beruf bzw. abgeschlossenes Studium |

| **7.2 Letzte ausgeübte berufliche Tätigkeit vor dem Wehrdienst** |
|---|
| Welchen Beruf bzw. welche Tätigkeit haben Sie zuletzt vor dem Wehrdienst ausgeübt? |

| **7.3 Beeinträchtigung in der Berufsausübung?** |
|---|
| Fühlen Sie sich durch die als WDB geltend gemachte gesundheitliche Schädigung in Ihrer Berufs- bzw. Tätigkeitsausübung beeinträchtigt?<br>☐ Ja Falls Ja: In welcher Form/in welchem Umfang?<br>☐ Nein |

## 8.) Angaben zu Krankenversicherungen

| **Welchen Krankenkassen bzw. –versicherungen gehörten Sie vor sowie nach dem Wehrdienst an?** | | | |
|---|---|---|---|
| 8.1 | Name der Krankenkasse bzw. -versicherung | | Mitglieds- bzw. Versicherungsnummer |
| | PLZ, Ort | Straße, Hausnummer | Familienversichert?<br>☐ Ja ☐ Nein |
| | Versicherungszeitraum: | von | bis |
| 8.2 | Name der Krankenkasse bzw. -versicherung | | Mitglieds- bzw. Versicherungsnummer |
| | PLZ, Ort | Straße, Hausnummer | Familienversichert?<br>☐ Ja ☐ Nein |
| | Versicherungszeitraum: | von | bis |
| 8.3 | Name der Krankenkasse bzw. -versicherung | | Mitglieds- bzw. Versicherungsnummer. |
| | PLZ, Ort | Straße, Hausnummer | Familienversichert?<br>☐ Ja ☐ Nein |
| | Versicherungszeitraum: | von | bis |
| 8.4 | Name der Krankenkasse bzw. -versicherung | | Mitglieds- bzw. Versicherungsnummer |
| | PLZ, Ort | Straße, Hausnummer | Familienversichert?<br>☐ Ja ☐ Nein |
| | Versicherungszeitraum: | von | bis |

Für weitere Angaben nutzen Sie bitte ein separates Blatt oder die Rückseite.

Personenkennziffer (PK)

**Schutzbereich 3** (wenn ausgefüllt)

BUNDESWEHR

## 9.) Sonstige Angaben

**9.1 Frühere Verfahren im Rahmen des Sozialen Entschädigungsrechts**

Haben Sie schon einmal einen Antrag auf Leistungen des Opferentschädigungsgesetzes (OEG), SVG oder ähnlicher Vorschriften bzw. bei der gesetzlichen Unfallversicherung, z.B. wegen einer Berufskrankheit gestellt?

☐ Ja
☐ Nein

Falls Ja: Bei welcher Behörde?

| zuständige Behörde | im Jahr | Geschäfts-/Aktenzeichen |
|---|---|---|
| PLZ, Ort | Straße, Hausnummer | |

Wurden Ihnen aufgrund des genannten Antrages Leistungen gewährt?

☐ Ja
☐ Nein

Falls Ja: Welche und in welchem Umfang?

**9.2 Angaben zu anerkannten Behinderungen**

Liegt eine anerkannte Behinderung vor oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ Ja
☐ Nein

Falls Ja: Bitte machen Sie folgende Angaben:

anerkannte Behinderung bzw. gesundheitliche Schädigung, für die die Anerkennung gestellt wurde

| zuständige Behörde | ggf. Anerkennung seit | Geschäfts-/Aktenzeichen |
|---|---|---|
| PLZ, Ort | Straße, Hausnummer | |

Wurden Ihnen aufgrund des genannten Antrages Leistungen gewährt?

☐ Ja
☐ Nein

Falls Ja: Welche und in welchem Umfang?

## 10.) Angaben zur Bankverbindung

Meine ggf. zustehenden Versorgungsleistungen sollen auf das nachstehende Konto überwiesen werden:

IBAN

BIC (SWIFT-Code)

Bezeichnung/Name des Geldinstitutes

bei der/dem

Personenkennziffer (PK)

**Schutzbereich 3** (wenn ausgefüllt)

BUNDESWEHR

## Erklärung

Ich nehme zur Kenntnis, dass mir etwaig zustehende Schadensersatzansprüche gegen Dritte gemäß §§ 80 ff Soldatenversorgungsgesetz i.V.m. dem Bundesversorgungsgesetz, dem Bürgerlichen Gesetzbuch, dem Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und dem Straßenverkehrsgesetz sowie der ZDv A-2175/5 "Bearbeitung von Schadensfällen in der Bundeswehr - Schadensbestimmungen" auf die zuständige Behörde übergehen.

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Mir ist bekannt, dass für ärztliche Unterlagen, die ich diesem Antrag beigefügt habe bzw. im Laufe des Antragsverfahrens beibringe, keine Kosten übernommen werden.

Ort/Datum Unterschrift Antragsteller/-in bzw. gesetzliche Vertretung

## Belehrung

Ich nehme zur Kenntnis, dass die erhobenen medizinischen Daten

- an Dritte, hier: andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung nach den Sozialgesetzbüchern sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit,
- für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben nach § 69 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) an sonstige Dritte, hier: zu beauftragende Gutachterinnen/Gutachter zur medizinischen Beurteilung (eine körperliche Untersuchung ist nur in Ausnahmefällen erforderlich) sowie
- an Leistungserbringer nach dem SGB IX (medizinische/berufliche Rehabilitation; Eingliederungshilfe)

übermittelt werden dürfen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich nach § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X einer solchen Übermittlung **jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft formlos widersprechen kann**.
Ihren Widerspruch richten Sie an BAPersBw, VII 2 Soziale Entschädigung, Wilhelm-Raabe-Str. 46, 40470 Düsseldorf.

Ort/Datum Unterschrift Antragsteller/-in bzw. gesetzliche Vertretung

Personenkennziffer (PK)

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

**Schutzbereich 3** (wenn ausgefüllt)

BUNDESWEHR

# Einverständniserklärung

| | |
|---|---|
| Nachname | Vorname |
| Straße, Hausnummer | Postleitzahl, Wohnort |
| Geburtsdatum | Telefonnummer |

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigefügten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem SVG nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr (BAPersBw) in diesem Verwaltungsverfahren von:

- Ärztinnen/Ärzten, Krankenanstalten/Krankenhäusern (auch private),
- Psychologinnen/Psychologen und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Heilpraktikerinnen/Heilpraktikern, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten und sonstigen Leistungserbringern,
- dem Institut für Präventivmedizin der Bundeswehr, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt, Sanatorium), Stellen truppenärztlicher Versorgung,
- Trägern der Sozialversicherung, gesetzlichen Krankenkassen, Leistungserbringern nach dem SGB IX (medizinische/berufliche Rehabilitation; Eingliederungshilfe)
- privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der jeweiligen medizinischen Dienste,
- Gerichten,
- der Bundesagentur für Arbeit
- sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden,

im **erforderlichen Umfang** Auskünfte über meinen Gesundheitszustand bzw. meinen Antragsgegenstand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen beizieht.

Bei Prüfung einer Berufskrankheit ist grundsätzlich das BAIUDBw KompZBauMgmt K5 als öffentlich-rechtliche Aufsichtsbehörde heranzuziehen. An diese Stelle werden neben medizinischen Daten ebenfalls weitere Daten (Antrags-, Dienst- und Kontaktdaten) übermittelt.

Soweit es sich bei der Einholung um medizinische Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder, Aufzeichnung betreffend die Musterung, militärärztliche Tauglichkeits- und Verwendungsfähigkeitsuntersuchungen, zivile und militärärztliche Unterlagen usw.) handelt, auch wenn sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind, stimme ich der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Diese Einwilligung gilt für das eingeleitete Verwaltungsverfahren bis zu dessen rechts- oder bestandskräftigem Abschluss sowie für das Verfahren zur Durchsetzung der auf den Bund übergegangenen Schadenersatzansprüche. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eingetretenen Sachverhalte und angefertigten Unterlagen (z.B. auch Gutachten und Befundunterlagen von beauftragten Gutachterinnen/Gutachtern).

Personenkennziffer (PK)

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

**Schutzbereich 3** (wenn ausgefüllt)

BUNDESWEHR

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise gegenüber dem BAPersBw, VII 2, Wilhelm-Raabe-Str. 46, 40470 Düsseldorf widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für im Nachhinein benannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

**Die beteiligten Ärztinnen/Ärzte entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht:**

☐ Ja ☐ Nein

**Ich bin ferner damit einverstanden, dass die von mir genannten behandelnden Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten und Kliniken im Zusammenhang mit einer Anforderung von ärztlichen Unterlagen von den/dem geltend gemachten Antragsleiden Kenntnis erhalten:**

☐ Ja ☐ Nein

Folgende Ärztinnen/Ärzte/Therapeuten/Kliniken **schließe ich von dieser Einwilligung aus:**

_____

_____

_____

_____

Ort/Datum

Vorname, Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Antragsteller/in bzw. gesetzliche Vertretung

Personenkennziffer (PK)

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

**Schutzbereich 3** (wenn ausgefüllt)

BUNDESWEHR

## Allgemeines und Rechtsgrundlagen

Die von Ihnen erbetenen Angaben (Daten) werden für die Bearbeitung Ihres Antrages benötigt. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung,-verarbeitung, -nutzung und -speicherung sind die §§ 67 a-c, 69 SGB X i. V. m. § 12 Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung (KOVVfG). **Der Schutz Ihrer Sozialdaten ist gewährleistet.**

Wenn sich Unterlagen über die von Ihnen geltend gemachten Gesundheitsstörungen (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflegegutachten, EKG, Labor- und Röntgenbefunde, aber auch Bescheide anderer Leistungsträger) in Ihren Händen befinden, reichen Sie **Kopien** hiervon bitte zusammen mit dem Antrag ein.

Falls oder soweit Sie keine Unterlagen beifügen, werden diese entsprechend Ihrer Einverständniserklärung am Ende des Antragsvordrucks vom BAPersBw beigezogen.

Ihre Mitwirkung zur Aufklärung des Sachverhalts ist in § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgeschrieben. Wer Sozialleistungen beantragt, hat gem. § 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Kommt derjenige, der Sozialleistungen beantragt, seinen gesetzlich vorgeschriebenen **Mitwirkungspflichten** nicht nach und wird dadurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann der Leistungsträger nach § 66 Abs. 1 SGB I die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ohne weitere Ermittlungen ganz oder teilweise versagen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

Ort/Datum

Vorname, Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Antragsteller/in bzw. gesetzliche Vertretung

Personenkennziffer (PK)

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

**Schutzbereich 3** (wenn ausgefüllt)

BUNDESWEHR

# Einwilligungserklärung zur Einbindung des Sozialdienstes der Bundeswehr

Die Bundeswehr bietet Soldatinnen und Soldaten verschiedene Hilfs- und Unterstützungsangebote an. Eine umfassende Beratung und Betreuung in allen sozialen Angelegenheiten leistet der Sozialdienst der Bundeswehr. Die Unterstützung reicht von der Begleitung in persönlichen Angelegenheiten durch diplomierte Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter über die Beratung in verwaltungsrechtlichen Angelegenheiten bis zur Einbindung weiterer Partner wie z.B. der Militärseelsorge. **Die Inanspruchnahme ist freiwillig**. Im Falle einer Einsatzschädigung oder einer anderen schwerwiegenden Wehrdienstbeschädigung ist die Unterstützung durch den Sozialdienst besonders zu empfehlen.

Sofern Sie möchten, dass der örtliche Sozialdienst der Bundeswehr im Rahmen des laufenden Verwaltungsverfahrens über Ihren WDB-/Leistungsantrag und den damit verbundenen Unterstützungsbedarf informiert wird, ist auch dazu aus datenschutzrechtlichen Gründen Ihre Einverständniserklärung erforderlich.

☐ Ich werde bereits betreut durch den Sozialdienst _____

☐ Ich wünsche eine Betreuung durch den zuständigen Sozialdienst und bitte um eine Kontaktaufnahme bzw. Unterbreitung eines Beratungsangebotes zu veranlassen. Ich bin damit einverstanden, dass die zu diesem Zweck notwendigen Daten an den für meinen Wohnort zuständigen Sozialdienst der Bundeswehr weitergegeben werden. Bitte ankreuzen bzw. bei Bedarf ergänzen:

Kontaktdaten zu meiner Person (Name, Anschrift) *

☐ Weitere Kontaktdaten zu meiner Person (Telefonnummer, Email-Adresse) **

☐ Antragsgegenstand (WDB-Anerkennung, BVG-Leistungen, Hinterbliebenenversorgung) **

☐ Anmerkungen zum Unterstützungsbedarf **:

| |
|---|
| |

_____ _____

Ort/Datum Vorname, Name in Druckbuchstaben

_____

Unterschrift Antragsteller/in bzw. gesetzliche Vertretung

* Pflichtangabe

** freiwillige Angaben