



|| | | / | | | / | | / |

Eingangsstempel

S-0010

Leistungen nach dem Soldatenentschädigungsgesetz (SEG)
hier: **Antrag auf Leistung(en) zur Sozialen Teilhabe**

Zur Prüfung, ob bei Ihnen Ansprüche auf Leistungen zur Sozialen Teilhabe gemäß §§ 33 ff. SEG bestehen, füllen Sie bitte den nachfolgenden Fragebogen aus und senden uns diesen unterschrieben zu.

Bitte geben Sie oben links auf dem Vordruck Ihre Personenkennziffer (PK) an.

1 Angaben zur Person

Nachname				Vorname				Titel			
Geburtsname								Geburtsdatum 			
Straße, Hausnummer								Adresszusatz			
Postleitzahl 		Wohnort									
Telefon (freiwillige Angabe)						E-Mail (freiwillige Angabe)					
Liegt eine anerkannte Behinderung vor?						☐ ja ☐ nein					
Bei „ja“, bitte Kopie des Feststellungsbescheides (GdB) vorlegen.											
Liegt ein anerkannter Pflegegrad vor?						☐ ja ☐ nein					
Bei „ja“, welche Leistung wird beansprucht?						☐ Pflegegeld ☐ Pflegeleistung					
Kopien der Bescheide über Pflegegrad sowie der beanspruchten Leistung bitte beifügen.											

--	--	--	--



2 Antragstellung durch eine bevollmächtigte Person / gesetzliche Vertretung

☐ nein , dann weiter bei Ziffer 3.									
☐ ja (Vollmacht bzw. Kopie der Betreuungsurkunde bitte beifügen.)									
Nachname, Vorname									
Straße, Hausnummer						Adresszusatz			
Postleitzahl		Wohnort							
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>					
Telefon (freiwillige Angabe)					E-Mail (freiwillige Angabe)				

3 Angaben zur Antragstellung

Bitte schildern Sie, wobei Sie Unterstützung benötigen:

Wurde die beantragte Leistung auch bei einem anderen Sozialleistungsträger beantragt?
☐ nein ☐ ja

Name des Sozialleistungsträger

Postleitzahl Ort

Straße, Hausnummer

Datum der Beantragung:

4 Im Haushalt lebende Personen (Ehegatte, Kinder etc.)

Nur auszufüllen, wenn Sie die Kostenerstattung einer **Haushaltshilfe** bzw. von **Kinderbetreuungs-**
kosten wünschen:

[illegible]

5 Angaben zur Bankverbindung

Kontoinhaber/in	
Name des Geldinstituts	BIC (SWIFT-Code)
IBAN	

6 Schlusserklärung und Unterschrift

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe.

Alle künftigen Änderungen in den persönlichen Verhältnissen (z.B. Umzug, Kontowechsel) teile ich dem Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr VII 2 (BAPersBw) unverzüglich mit.

Meine Pflicht zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Absatz 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch.

Ort, Datum

Unterschrift der anspruchsberechtigten
bzw. bevollmächtigten Person



--	--	--	--

☐ Kopie Vollmacht

☐ Kopie des Bescheids über die Behinderung (GdB)

☐ Kopie des Bescheids über den Pflegegrad

☐ _____

☐ _____

