



Thüringer Landesverwaltungsamt - Postfach 100141 98490 Suhl

Thüringer Landesverwaltungsamt
Karl-Liebknecht-Straße 4
98527 Suhl

Table with 2 columns: Eingangsstempel Landesverwaltungsamt, Eingangsstempel anderer Stellen (z.B. Krankenkassen). Includes a field for Antragslisten-Nr.

Antrag
auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem Gesetz
über den Zivildienst der Kriegsdienstverweigerer
(Zivildienstgesetz -ZDG-)

Zutreffendes bitte ankreuzen [X] oder ausfüllen

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller !

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – möglichst in Maschinen- oder Blockschrift – und fügen Sie ggf. entsprechende Unterlagen bei. Die nachstehenden Angaben sind zur Feststellung eines Anspruches auf Beschädigtenversorgung nach dem ZDG notwendig. Nach § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) sind Sie zur Mitwirkung verpflichtet, insbesondere alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

I. Angaben zur Person des Geschädigten

Form with 5 sections: 1. Vor- und Zuname, ggf. Geburtsname und frühere Namen; 2. Geburtsdatum; 3. Telefonisch tagsüber erreichbar unter Nr.; 4. Jetzige Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Landkreis, Land); 5. Tätigkeit / Beruf vor Beginn des Zivildienstes; Tätigkeit / Beruf jetzt.

Sofern Sie wegen der während des Zivildienstes erlittenen Gesundheitsstörungen Ihrem vor Beginn des Zivildienstes ausgeübten Beruf nicht mehr ausüben können:

Sind berufsfördernde Maßnahmen (z.B. Umschulungen) eingeleitet  oder erfolgreich abgeschlossen  worden? Wenn ja, von welcher Stelle:

**6. Familienstand:**

verheiratet seit:                      Vor- u. Zuname des Ehegatten:  
 ledig                                       verwitwet seit:                       geschieden seit::

**7. Namen und Geburtsdaten der Kinder:**

(1)

(2)

**II. Dienstleistungen während des Zivildienstes (Zivildienstbescheinigungen bitte beifügen!)**

| von | bis | Dienststelle | Anschrift |
|-----|-----|--------------|-----------|
|     |     |              |           |
|     |     |              |           |
|     |     |              |           |

**III. Angaben zur gesundheitlichen Schädigung**

**1. Wegen welchen Gesundheitsstörungen wird Versorgung beantragt?**

(1)

(2)

(3)

(4)

**2. Die genannten Gesundheitsstörungen sind eine:**

Zivildienstbeschädigung                       keine Zivildienstbeschädigung (z.B. Freizeitunfall), jedoch nach Zivildienstende noch heilbehandlungsbedürftig (§ 48 ZDG)

**3. Auf welches schädigende Ereignis werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt?**  
 (Genaue Schilderung mit Angabe von Zeit, Ort und ggf. Zeugen; eventuell Zusatzblatt benutzen)

|           |                 |                                     |                   |
|-----------|-----------------|-------------------------------------|-------------------|
| Zeitpunkt | Ort oder Gegend | Art der Erkrankung bzw. des Unfalls | Nachweise, Zeugen |
|           |                 |                                     |                   |
|           |                 |                                     |                   |

#### IV. Angaben zu ärztlichen Behandlungen

| 1. Bei welchen Ärzten oder in welchen Krankenhäusern usw. wurden Sie wegen der unter Punkt III Nr. 1 aufgeführten Gesundheitsstörungen während des Zivildienstes ärztlich behandelt? |     |   |  |     |  |  |
|--|-----|---|--|-----|--|--|
| von  | bis | Art der Behandlung  | Bezeichnung der behandelnden Einrichtung (möglichst mit genauer Anschrift) |     |  |  |
|  |     | <input type="checkbox"/> stationär<br><input type="checkbox"/> ambulant |  |     |  |  |
|  |     | <input type="checkbox"/> stationär<br><input type="checkbox"/> ambulant |  |     |  |  |
|  |     | <input type="checkbox"/> stationär<br><input type="checkbox"/> ambulant |  |     |  |  |
| 2. Wann und wo fanden wegen der unter Punkt III Nr. 1 aufgeführten Gesundheitsstörungen nach Beendigung des Zivildienstes ärztliche Behandlungen statt?                              |     |   |  |     |  |  |
| von  | bis | Art der Behandlung  | arbeitsunfähig   |     | Bezeichnung der behandelnden Einrichtung (möglichst mit genauer Anschrift) | Von welcher Stelle (Krankenkasse) wurden die Behandlungskosten getragen? |
|  |     |   | von  | bis |  |  |
|  |     | <input type="checkbox"/> stationär<br><input type="checkbox"/> ambulant |  |     |  |  |
|  |     | <input type="checkbox"/> stationär<br><input type="checkbox"/> ambulant |  |     |  |  |
|  |     | <input type="checkbox"/> stationär<br><input type="checkbox"/> ambulant |  |     |  |  |

#### V. Weitere Angaben

| 1. Welchen Krankenkassen haben Sie vor Beginn des Zivildienstes angehört?   |     |                            |  |             |
|---|-----|----------------------------|--|-------------|
| von   | bis | Anschrift der Krankenkasse | Art des Mitgliedschaftsverhältnisses   | Arbeitgeber |
|   |     |                            | <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied<br><input type="checkbox"/> freiwillig versichert<br><input type="checkbox"/> familienversichert über ..... |             |
|   |     |                            | <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied<br><input type="checkbox"/> freiwillig versichert<br><input type="checkbox"/> familienversichert über ..... |             |
| 2. Welchen Krankenkassen gehörten Sie nach Beendigung des Zivildienstes an? |     |                            |  |             |
| von   | bis | Anschrift der Krankenkasse | Art des Mitgliedschaftsverhältnisses   | Arbeitgeber |
|   |     |                            | <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied<br><input type="checkbox"/> freiwillig versichert<br><input type="checkbox"/> familienversichert über ..... |             |
|   |     |                            | <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied   |             |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert<br><input type="checkbox"/> familienversichert über<br>..... |  |
| <b>3. Wurde wegen der unter Punkt III Nr. 1 aufgeführten Gesundheitsschäden auch bei einer anderen Behörde Antrag auf Entschädigung gestellt oder werden von dort bereits Leistungen bezogen? –Ggf. bitte Bescheid beifügen-</b>                                     |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei ..... in .....Az:.....  |  |  |   |  |
| <b>4. Beziehen Sie Rente aus der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung, Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder Gesetzen, die das BVG für entsprechend anwendbar erklären (z.B. Opferentschädigungsgesetz)? -Ggf. bitte Bescheid beifügen-</b> |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt bei/bezogen von.....in.....Az:.....   |  |  |   |  |
| <b>5. Wurde wegen den unter Punkt III Nr. 1 genannten Gesundheitsstörungen oder aus anderen Gründen bereits ein Feststellungsverfahren nach dem Sozialgesetzbuch IX durchgeführt oder beantragt?</b>   |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei .....Az:.....   |  |  |   |  |

## VI. Erklärungen des Antragstellers

|  |         |   |
|--|---------|---|
| Einverständniserklärung  |         |   |
| <p>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesverwaltungsamt die für die Entscheidung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag bzw. weiteren Verfahren von mir benannten Ärzten und Krankenanstalten sowie bei Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind), insbesondere Entlassungsberichte/Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie dieses Aufschluss über die bei mir vorliegende/n Schädigung/en geben können. Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht eingeschränkt habe, u.a. auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen. Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein sich evtl. anschließendes Rechtsbehelfsverfahren. Sie bezieht sich auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen. <b>Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Verwaltungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte und Psychologen insoweit von ihrer Schweigepflicht.</b></p> |         |   |
| _____ ,den _____   | _____   | _____   |
| (Ort)  | (Datum) | (Unterschrift des Antragstellers, Bevollmächtigten bzw. des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers) |
| <p>Mit der Einholung von Auskünften und Unterlagen bei folgenden Stellen (z.B. Ärzten, Krankenanstalten usw.) bin ich <b>nicht</b> einverstanden:</p> <p>⇒</p>   |         |   |
| _____ , den _____  | _____   | _____   |
| (Ort)  | (Datum) | (Unterschrift des Antragstellers, Bevollmächtigten bzw. des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers) |
| <p><b>Hinweis zum Datenschutz:</b> Ihre Angaben werden erfasst und mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert. Der Antragsteller ist gemäß § 60 Sozialgesetzbuch I (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet. Er hat die zur Bearbeitung erforderlichen Angaben mitzuteilen und seine Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zu geben. Die Leistung kann nach § 66 SGB I versagt werden, wenn der Antragsteller seiner Mitwirkungspflicht nicht nachkommt. Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegt.</p>  |         |   |

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass **wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt werden müssen.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) (Unterschrift des Antragstellers, Bevollmächtigten bzw. des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers)