

Eingangsstempel
Aktenzeichen: _____

## Antrag auf Gewährung einer Leistung im Rahmen der Kriegsoferfürsorge

Hinweis: Im Zeitpunkt der Antragstellung muss der Bedarf noch bestehen

Ich beantrage die Gewährung folgender Leistungen:

(Nähere Angaben über Art und Höhe des Bedarfs, Ursache der Notlage - ggf. formlos ergänzen)

Die geforderten Angaben sind zur Bearbeitung des Antrages erforderlich. Gemäß §§ 60 ff. SGB I sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Gewährung von Kriegsoferfürsorgeleistungen notwendig sind.

### I. 1. Persönliche Verhältnisse

	a) des Hilfesuchenden		b) des Ehegatten oder Lebenspartner, Eltern (bei ledigen, minderjährigen Hilfesuchenden)	
			Ehegatte / Lebenspartner / Vater	Mutter
Name (ggf. auch Geburtsname)	_____		_____	_____
Vornamen	_____		_____	_____
Geburtsdatum	geb. am	_____	geb. am	_____
			verst. am	_____
Familienstand	_____		_____	
	seit	_____	seit	_____
PLZ, Wohnort	_____		_____	
Straße, Hausnummer	_____		_____	
Telefon mit Vorwahl	_____		_____	
berufliche Tätigkeit	_____		_____	
<input type="checkbox"/> Beschädigte/r	<input type="checkbox"/> Hinterbliebene/r	<input type="checkbox"/> Elternrentner		
Grad der Schädigungsfolgen i. S. d. Bundesversorgungsgesetzes (BVG) ggf. i. V. m. Sondergesetz (z. B. OEG, SVG)			_____	v. H. _____
Grad der Behinderung i. S. d. Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) (Bitte Kopie des gültigen Ausweises beifügen; Vor - und Rückseite)			_____	v. H. _____
Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis: _____			Aktenzeichen: _____	
krankenversichert bei: _____				
Pflegerstufe i. S. d. Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI): _____				
Anspruch auf Beihilfeleistungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Beihilfestelle _____				
Aktenzeichen _____				
<b>ZUSÄTZLICHE ANGABEN BEI HEIMUNTERBRINGUNG DES ANTRAGSTELLERS</b>				
Tag der Aufnahme: _____				
letzter Wohnsitz vor Heimaufnahme: _____				
Leistungen der Pflegeversicherung: <input type="checkbox"/> ja (bitte Bescheid beifügen) <input type="checkbox"/> nein				

**I. 2. Sonstige Personen, mit denen der Hilfesuchende noch in Haushaltsgemeinschaft lebt, unterhaltspflichtige Angehörige;** sowie Eltern, Kinder auch wenn außerhalb der Hausgemeinschaft lebend

Name (ggf. auch Geburtsname)				
Vorname				
Geburtsdatum				
Familienstand / Verwandschaftsverhältnis zum Antragsteller				
PLZ, Wohnort				
Straße, Hausnummer				
berufliche Tätigkeit				
Arbeitgeber oder Art der Einkünfte				

**II. Wirtschaftliche Verhältnisse:** (Bitte jede Art von Einkommen angeben, Nachweise sind beizufügen)

**II. 1. Einkommensverhältnisse:**

Nettoeinkommen monatlich	a) des Hilfesuchenden	b) des Ehegatten oder Lebenspartner, Eltern (bei ledigen, minderjährigen Hilfesuchenden)	
		Ehegatte / Lebenspartner / Vater	Mutter
Altersrente	_____ €	_____ €	_____ €
Witwen-, Witwer-, Waisenrente	_____ €	_____ €	_____ €
Betriebsrente / Pensionen	_____ €	_____ €	_____ €
Rente wg. Erwerbs- minderung / Unfallrente	_____ €	_____ €	_____ €
Renten nach dem BVG	_____ €	_____ €	_____ €
Arbeitseinkommen	_____ €	_____ €	_____ €
Einkünfte aus Land- u. Forstwirtschaft, Gewerbebetrieben und selbständiger Arbeit	_____ €	_____ €	_____ €
Miet- und Pachteinnahmen	_____ €	_____ €	_____ €
Kapitalvermögen (z. B. Zinsen, Dividenden)	_____ €	_____ €	_____ €
sonst. Einkommen (z. B. Unterhalt, Sonderzuwendungen, Gratifikationen)	_____ €	_____ €	_____ €

**II. 2. weitere Sozialleistungen:**

Werden andere Sozialleistungen bezogen?

nein       ja

Art:      Blindengeld bzw. Blindenhilfe      monatlich      \_\_\_\_\_ €

            Pflegesachleistungen i. S. d. SGB XI      monatlich      \_\_\_\_\_ €

            Pflegegeld i. S. d. SGB XI      monatlich      \_\_\_\_\_ €

            Sonstiges: \_\_\_\_\_ monatlich      \_\_\_\_\_ €

(z. B.: BaföG, ALG I, ALG II,  
Leistungen nach SGB XII)

**II. 3. regelmäßige Aufwendungen, mtl. Beitrag:** (ggf. gesondert auflisten; Nachweise sind beizufügen)

Versicherungsbeiträge (Haftpflicht, Hausrat, Kfz o. ä.)	_____ €	_____ €	_____ €
Fahrtkosten bzw. Entfernung zwischen Wohn- und Arbeitsstätte, km - Angabe	_____ €	_____ €	_____ €
Beiträge zu Berufsverbänden	_____ €	_____ €	_____ €
sonstige Verbindlichkeiten oder Belastungen (z. B. Unterhaltsbeiträge, Diätkost)	_____ €	_____ €	_____ €

**II. 4. Vermögensverhältnisse (bitte Belege beifügen):**

Bargeld	_____ €	_____ €	_____ €
Girokonto	_____ €	_____ €	_____ €
Spar- und Bankguthaben	_____ €	_____ €	_____ €
Wertpapiere, Aktien, Festgeld	_____ €	_____ €	_____ €
sonstiges Vermögen	_____ €	_____ €	_____ €

**II. 5. Haus- und Grundvermögen:**

a)  kein Haus- und Grundbesitz vorhanden

b)  Wohnhaus       Eigentumswohnung       gewerblich genutztes Grundstück

sonst. Grundbesitz insg.: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>       davon Bauland \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>       Bauerwartungsland \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Eigentümer \_\_\_\_\_      Anteil \_\_\_\_\_ v. H.      Gesamtgrundstücksfläche \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Verkehrswert \_\_\_\_\_ €      Baujahr \_\_\_\_\_      derzeitige Nutzung \_\_\_\_\_

Flur-Nr. \_\_\_\_\_      Gemarkung \_\_\_\_\_

**II. 6. Vermögensabgabe:** (Verträge, notarielle Urkunden beiliegend)

Wurden innerhalb der letzten 10 Jahren Vermögenswerte veräußert, übergeben oder verschenkt (z.B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere u. s. w.)?

<input type="checkbox"/>	nein		
<input type="checkbox"/>	ja	Zeitpunkt	<input type="text"/>
		Anlass	<input type="text"/>
		Art	<input type="text"/>
		Höhe	<input type="text"/>
		Empfänger	<input type="text"/>

**II. 7. Bestehen sonst. Ansprüche oder Rechte gegen Dritte:**

z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wartung und Pflege, Darlehen, Lebensversicherung, Sterbeversicherung, Unterhalt)

Art der Ansprüche	Höhe	Fälligkeit	gegen wen gerichtet
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**II. 8. Wohnverhältnisse des Hilfesuchenden und der in Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen:**

a)	<input type="checkbox"/> Mietwohnung	<input type="checkbox"/> Untermieter	Kaltmiete monatlich <input type="text"/> € ohne Nebenkosten
			Nebenkosten monatlich <input type="text"/> € (bitte belegen, z. B. aktuelle Betriebskostenabrechnung)
			Heizkosten monatlich <input type="text"/> €
	Wird die Wohnung zentral mit Warmwasser versorgt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
b)	<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung	<input type="checkbox"/> eigenes Haus	<input type="checkbox"/> freies Wohnrecht
	monatlich anfallende Kosten z. B. Schuldzinsen, Schuldtilgung		<input type="text"/> € (bitte belegen)
	Grundsteuer		<input type="text"/> € (bitte belegen)
	Gebühren		<input type="text"/> € (bitte belegen)
c)	Wohngeld wurde beantragt am <input type="text"/>		bei <input type="text"/>
	Das Wohngeld ist bewilligt mit monatlich <input type="text"/>		€
	für den Zeitraum von <input type="text"/>		bis <input type="text"/>

**II. 9. Sonstige Angaben:**

Wurde für den Hilfesuchenden ein Betreuer / Bevollmächtigter bestellt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie Betreuerausweis / Bestellsurkunde / Vollmacht beifügen)
Bestellung durch das Amtsgericht	_____ GZ: _____
Name, Vorname:	_____
Anschrift des Betreuers bzw. Bevollmächtigten:	_____
Tel. - Nr.:	_____

**II. 10. Bankverbindung:**

Die Leistung soll überwiesen werden auf folgendes Konto:	
Kontoinhaber:	_____
IBAN:	_____
Kreditinstitut:	_____
BIC:	_____

**III. Allgemeine Hinweise:**

Anzugeben sind jeweils die Nettoeinkünfte.

**Alle Angaben im Antrag sind durch entsprechende Belege in Kopie nachzuweisen**

(z. B. durch Verdienstbescheinigungen der letzten drei Monate, Rentenbescheide, aktueller Bescheid der Bundesagentur für Arbeit, Versicherungspolice u. s. w.).

**IV. Erklärung:**

Ich versichere, die Angaben in diesem Antrag vollständig und richtig gemacht zu haben. Ich bin mir bewusst, dass zu Unrecht erhaltene Leistungen, deren Gewährung durch falsche oder unvollständige Erklärungen vorsätzlich oder grob fahrlässig verschuldet wurde, zurückerstattet werden müssen.

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z. B. auf Wohngeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse auch von Haushaltsangehörigen unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe (§§ 60 ff. SGB I). Ich bin darüber informiert, dass ich vom Zeitpunkt der Antragstellung an mein Vermögen zur Deckung meines Bedarfes zu verwenden habe und dass vorsätzliche Vermögensminderung, insbesondere das Verschenken, die Ablehnung, Minderung oder Entziehung von Leistungen zur Folge haben kann.

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Leistungsgewährung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe, einzubeziehen und Unterlagen sowie Auskünfte einzuholen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Thüringer Landesverwaltungsamt, Abteilung VI, die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und bei den im Antrag bzw. im 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 diese Aufschluss über die bei mir vorliegende/en Schädigung/en geben können. Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht eingeschränkt habe, 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 auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Sofern für die beantragten Leistungen der Kriegsgesundheitsfürsorge Auskünfte von anderen Stellen **einschließlich des Bundeszentralamt für Steuern** einzuholen sind, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die angeschriebenen Stellen diese Auskünfte erteilen.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Verwaltungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von der Schweigepflicht.

Mit der Einholung von Auskünften und Unterlagen bei folgenden Stellen (z. B. Ärzten, Krankenanstalten u. s. w.) bin ich **nicht** einverstanden:

Empty form area with horizontal lines for listing entities.

**V. Hinweise zum Datenschutz:**

Informationen zum Umgang mit Ihren Daten im Thüringer Landesverwaltungsamt finden Sie im Internet unter: <https://landesverwaltungsamt.thueringen.de/datenschutz>.  
Auf Wunsch übersenden wir Ihnen eine Papierfassung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers, Bevollmächtigten  
bzw. gesetzlichen Vertreters oder Betreuers