



Thüringer Landesverwaltungsamt · Postfach 1161 07501 Gera

Thüringer Landesverwaltungsamt
Puschkinplatz 7
07545 Gera

Bitte für amtliche Zwecke freihalten	
Eingangsstempel Landesverwaltungsamt	Eingangsstempel anderer Stellen (z.B. Krankenkassen)
Antragslisten-Nr.	

Antrag

auf Gewährung von **Beschädigtenversorgung** nach dem Gesetz über die Rehabilitierung und Entschädigung von Opfern rechtsstaatswidriger Strafverfolgungsmaßnahmen im Beitrittsgebiet (Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz - StrRehaG)

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig –in Maschinen- oder Blockschrift– und fügen Sie die jeweils angegebenen Unterlagen bei. Originalunterlagen senden wir Ihnen unverzüglich zurück.

Zutreffendes bitte ankreuzen X

I. Angaben zur Person

1) Name, ggf. Geburtsname	Vorname
---------------------------	---------

2) Geburtsdatum, Geburtsort, Kreis, Land (Bitte Geburtsurkunde oder Kopie beifügen)

3) Familienstand (ggf. Eheurkunde oder Kopie beifügen)

ledig
 verheiratet
 verwitwet
 geschieden

4) Anschrift (Postleitzahl, Wohnort, Wohnung – Bitte Meldebestätigung beifügen –)

	Telefon, zu erreichen unter
--	-----------------------------

3) Welche Körperschäden haben vor der Haft bestanden?

IV. Angaben über ärztliche und sonstige Behandlung und über die Krankenversicherung

1) Waren Sie wegen der vor Haftantritt vorhandenen Körperschäden in ärztlicher Behandlung?

Von	Bis	Name und Anschrift des Arztes bzw. des Krankenhauses	Grund der Behandlung

2) Waren Sie wegen der geltend gemachten Körperschäden während und nach Beendigung der Haft in Behandlung?

Von	Bis	Name und Anschrift des Arztes bzw. des Krankenhauses	Grund der Behandlung

3) Name des Hausarztes

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--------------------	----------

4) Name der Krankenkasse oder Krankenversicherung

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--------------------	----------

Sozialversicherungsnummer

V. Sonstige Angaben

1) Haben Sie wegen der Körperschäden, für die Sie Versorgung beantragen, auch bei anderen Stellen Ansprüche angemeldet?

ja

nein

Name der Stelle

Geschäftszeichen

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

2) Haben Sie die Feststellung von Behinderungen nach dem Schwerbehindertengesetz oder die Anerkennung als Beschädigter nach früheren Vorschriften in der ehemaligen DDR beantragt?

ja

nein

Stelle

Rentennummer

3) Eventuell zustehende Versorgungsbezüge sollen auf das nachstehende Konto überwiesen werden

Geldinstitut

Kontonummer

Bankleitzahl

Name des Kontoinhabers

Vorname

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns auch mit Wirkung gegenüber meinen/unseren Erben evtl. überzahlte Beträge dem TLVwA Suhl zurück zu überweisen und beauftrage(n) dazu das jeweils kontoführende Geldinstitut, an das die Versorgungsbezüge überwiesen werden.

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt werden müssen.

Änderungen in den Verhältnissen, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

Beigefügt sind:

Geburtsurkunde

Meldebestätigung

Rehabilitationsentscheidung

Datum

Unterschrift des Antragstellers, Bevollmächtigten
bzw. des gesetzlichen Vertreters oder Pflegers

- bitte nachfolgende Einwilligungserklärung unbedingt unterschreiben -

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Thüringer Landesverwaltungsamt die für die Entscheidung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag bzw. im weiteren Verfahren von mir benannten Ärzten und Krankenanstalten sowie bei Behörden, - einschließlich des Bundesbeauftragten für die Unterlagen der Staatssicherheit der ehemaligen DDR – Sozialversicherungsträgern 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/n 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.

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

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

_____, den _____

(Unterschrift des Antragstellers, Bevollmächtigten
bzw. des gesetzlichen Vertreters oder Pflegers)

Hinweis zum Datenschutz

Ihre Angaben werden erfasst und mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert.

Der Antragsteller ist gem. § 60 Sozialgesetzbuch I (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet. Er hat die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben mitzuteilen und seine Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zu geben. Die Entscheidung 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.