

An das
Landratsamt Böblingen
Versorgungsamt in Stuttgart
Fritz-Elsas-Str. 30
70174 Stuttgart

Eingangsstempel

Aktenzeichen

/

ZDG - B

ANTRAG

auf Gewährung von **Beschädigtenversorgung** nach dem
Zivildienstgesetz (ZDG)

1. Familienname, Vorname	
2. Geburtsdatum	
3. Geburtsort, Kreis, Land	
4. PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer, Telefon	
5. Staatsangehörigkeit(en)	
6. Beruf	a) vor der Einberufung zum Zivildienst: b) nach der Entlassung aus dem Zivildienst:
7. Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. (Zutreffendes ankreuzen) <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch.
a) Name des Ehegatten:	Vor- und Zuname: Geburtsname: Geburtstag:
b) Namen der Kinder: (mit Geburtstagen)	1 2 3 4
8. Personenkennziffer:	

9. Dienstleistungen innerhalb des Zivildienstes:

von	bis	Dienststelle	Standort	Dienststellung

10. **Wegen welcher Gesundheitsstörungen wird Versorgung beantragt?**

11. **Auf welches schädigende Ereignis werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt?** (Genauere Schilderung mit Angabe von Zeit, Ort und ggf. Zeugen; evtl. auf besonderem Blatt)

Zeitpunkt 1)	Ort und Gegend	Art der Erkrankung bzw. Unfall 2)	Nachweise, Zeugen

12. Bei welchen Ärzten oder in welchen Krankenstationen, Krankenhäusern usw. wurden Sie wegen der unter Nr. 10 aufgeführten Gesundheitsstörungen **während des Zivildienstes** ambulant oder stationär ärztlich behandelt?

von	bis	Ort	Name und Anschrift des Arztes, Bezeichnung des Krankenhauses oder dergl. 2)

13. **Ärztliche Behandlungen** (ambulant oder stationär) wegen der unter Nr. 10 aufgeführten Gesundheitsstörungen **nach Beendigung des Zivildienstes:**

von	bis	Krankheit	Behandelnder Arzt oder Krankenhaus (bitte genaue Anschrift)	arbeitsunfähig		Von welcher Krankenkasse wurden die Behandlungskosten getragen?
				von	bis	

1) Möglichst genaue Angaben sind erforderlich, mindestens nach Jahr und Monat.
 2) Möglichst genaue Bezeichnung ist erforderlich.

14. Bestanden Gesundheitsstörungen schon **vor der Einberufung zum Zivildienst?**

Ja Nein (Zutreffendes ankreuzen)

Wenn ja, welche?

15. Waren Sie wegen Erkrankung vom Zivildienst zurückgestellt? Ja Nein
Wenn ja, von wann bis wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen?

--

16. Welchen **Krankenkassen** haben Sie **vor der Einberufung zum Zivildienst** angehört?

von	bis	Anschrift der Krankenkasse	Mitglieds-Nr.	Arbeitgeber

(Bei Familienversicherung bitte unter Nr. 16 und 17 auch Name und Geburtsdatum des Versicherungsnehmers angeben, von dem die Familienversicherung abgeleitet wird).

17. Welchen **Krankenkassen** gehörten bzw. gehören Sie **nach Beendigung des Zivildienstes** bis heute an?

von	bis	Anschrift der Krankenkasse	Mitglieds-Nr.	Arbeitgeber

18. Wie lautet Ihre Rentenversicherungsnummer?

- 18.1 Beziehen Sie Rente aus der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung, beamtenrechtliches Ruhegehalt oder sind solche Leistungen beantragt oder ist Ihnen bekannt, dass bei einer anderen Behörde von Amts wegen (ohne Antrag) ein entsprechendes Verwaltungsverfahren durchgeführt wird bzw. wurde, ggf. von (bei) welcher Stelle (Rentenzeichen)?

--

19. Bezogen Sie in den letzten drei Jahren Leistungen der Arbeitslosenversicherung, ggf. von welcher Arbeitsagentur und in welcher Zeit?

--

- 20.a) Erhalten Sie bereits Versorgungsbezüge bzw. Heilbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder einem Gesetz, das das BVG für anwendbar erklärt und ggf. von welcher Stelle?

--

- 20.b) Haben Sie schon früher einen entsprechenden Antrag gestellt und ggf. bei welcher Stelle?

--

21. Von welcher Dienststelle erhielten Sie zuletzt Ihre Dienstbezüge?

--

22. Antrag auf Feststellung einer Behinderung nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) habe ich - nicht - gestellt

am	beim Landratsamt	Aktenzeichen

23. Bank- oder Postbankkonto, auf das die Versorgungsbezüge ggf. überwiesen werden sollen:

IBAN	bei der Bank/Postbank	BIC

24. Erklärung

24.1 Ich erkläre, dass vorstehende Angaben den Tatsachen entsprechen und kein gleichartiger Antrag bei einer anderen Behörde gestellt wurde. Es ist mir bekannt, dass falsche oder irreführende Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Versorgungsleistungen zurückerstattet werden müssen. Soweit Änderungen in den angegebenen Verhältnissen eintreten, werde ich diese dem Landratsamt unverzüglich anzeigen, auch wenn über den Antrag noch nicht entschieden ist.

24.2 Ich bin damit einverstanden, dass das Landratsamt von folgenden

- Ärzten	wegen der Gesundheitsstörungen unter Nr. 10, 12 - 15

- Kuranstalten/Krankenhäusern/Heilstätten	wegen der Gesundheitsstörungen unter Nr. 10, 12 - 15

Befundberichte, Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde und Röntgenbilder bezieht, sofern und soweit die beigelegten Unterlagen nicht ausreichend sind.

Ich entbinde diese Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

24.3 Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Landratsamt von folgenden Trägern der Sozialversicherung, dem zuständigen Bundesamt für Zivildienst und anderen Stellen (Nr. 16 - 22) - (bitte die Sozialversicherungsträger und anderen Stellen hier bezeichnen) -

Aktenvorgänge einschließlich Untersuchungsunterlagen bezieht.

Die beteiligten Ärzte entbinde ich insoweit ebenfalls ausdrücklich von der Schweigepflicht.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass eine Übermittlung von Sozialdaten, die Ihre gesundheitlichen Verhältnisse betreffen, an andere Sozialleistungsträger oder vom Landratsamt/Versorgungsamt beauftragte Außengutachter auch ohne Ihr Einverständnis möglich ist, sofern die Sozialdaten für eine Aufgabenerfüllung im Rahmen des Sozialgesetzbuches erforderlich sind. Dies gilt auch für eine Übermittlung an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit. Wir machen Sie weiterhin darauf aufmerksam, dass Sie dieser Übermittlung widersprechen können (§ 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch).

Als Unterlagen sind beigelegt (alle Angaben sind möglichst zu belegen z.B. durch Zivildienstbescheinigung, Zeugenaussagen usw.):

Ort, Datum , den	Eigenhändige Unterschrift - Vor- und Zuname - des Antragstellers

Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind §§ 47 ff ZDG in Verbindung mit § 12 Abs. 2 Verwaltungsverfahrensgesetz KOV (VfG KOV) sowie §§ 60 und 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I).

Hinweise für amtliche Stellen, Träger der Sozialversicherung, amtliche Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland: Geht dieser Antrag (statt beim Landratsamt) bei einer anderen amtlichen Stelle ein, wird gebeten, ihn mit **Eingangsstempel** oder **-vermerk** zu versehen. Über mündlich gestellte Anträge ist **stets** eine Niederschrift zu fertigen. Die Anträge sind in solchen Fällen unter Benachrichtigung des Antragstellers unverzüglich dem zuständigen Landratsamt zuzuleiten (§16 SGB I vom 11.12.1975 - BGBl. I Seite 3015).

Anlage: Hinweisblatt zum Datenschutz

Hinweise zum Datenschutz

Informationen zur Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 (EU-Datenschutz-Grundverordnung – DS-GVO) und zum Schutz der Sozialdaten nach dem 2. Kapitel des Zehnten Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - (SGB X):

Ihre Angaben (Daten) werden für die Prüfung Ihres Antrages auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem ZDG benötigt.

Ihre Angaben sind freiwillig. Sie sind jedoch nach § 60 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet, das heißt, Sie müssen die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben machen und Ihre Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte geben. Versorgungsleistungen können nach § 66 SGB I versagt oder entzogen werden bzw. kann der Antrag abgelehnt werden, wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Daten zur Prüfung eines Versorgungsanspruchs und ggf. zur Gewährung von Versorgungsleistungen mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden.

Die Akten werden möglicherweise einem Arzt außerhalb der Verwaltung zur Begutachtung zugeleitet. Sie können einer solchen Zuleitung an Ärzte außerhalb der Verwaltung **widersprechen**.

Ihre Rechte:

- Sie können Auskunft über Ihre gespeicherten Daten verlangen.
- Sie können eine kostenlose Kopie dieser Daten verlangen.
- Sie können eine Berichtigung Ihrer Daten verlangen, sofern diese unrichtig sind.
- Sie können verlangen, Ihre Daten zu vervollständigen, sofern sie unvollständig sind.
- Sie können eine Löschung Ihrer Daten verlangen, sofern sie nicht mehr benötigt werden.
- Sie können verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten unter bestimmten Voraussetzungen einzuschränken.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen** (allerdings nicht rückwirkend).

Sofern Sie der Ansicht sind, bei der Verarbeitung Ihrer Sozialdaten in **Ihren Rechten verletzt** worden zu sein, haben Sie die Möglichkeit, sich an folgende Stellen zu wenden (**s. Rückseite**):

- Verantwortliche Stelle
Landratsamt Böblingen
Versorgungsamt
Fritz-Elsas-Straße 30, 70174 Stuttgart
versorgungsamt@lrabb.de
Tel.: 0711/6673 - 7500
- Beauftragter für den Datenschutz beim Landratsamt:
Landratsamt Böblingen
Parkstr. 16, 71034 Böblingen
datenschutz@lrabb.de
Tel.: 07031/663 - 2631
- Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart
Königstraße 10a, 70173 Stuttgart
Tel.: 0711/61 55 41 – 0

Weiterhin können Sie sich an die für die Versorgungsämter in den Landratsämtern zuständige Fachaufsichtsbehörde wenden:

Regierungspräsidium Stuttgart,
Abteilung 10
Landesversorgungsamt
Ruppmannstr. 21
70565 Stuttgart
Telefon 0711 904-0