

# Antrag auf Leistungen für Entschädigungsberechtigte nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung (SGB XIV)

## Gewalttaten §§ 13, 14 SGB XIV

|                                                                                                                                                                                                    |                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Hier bitte Name / Adresse der Versorgungsbehörde eintragen<br><br><b>Landratsamt Böblingen</b><br><b>Versorgungsamt in Stuttgart – SER</b><br><b>Fritz-Elsas-Str. 30</b><br><b>70174 Stuttgart</b> | Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

### Art des Antrags

|                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Erstantrag als geschädigte Person<br><input type="checkbox"/> Erstantrag als hinterbliebene Person<br><input type="checkbox"/> Erstantrag als angehörige oder nahestehende Person<br><input type="checkbox"/> Änderungsantrag |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Beantragende Person

|                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frau<br><input type="checkbox"/> Herr<br><input type="checkbox"/> Divers | <input type="checkbox"/> Ich für mich selbst oder für uns<br><input type="checkbox"/> Ich für mein Kind<br><input type="checkbox"/> Ich als gerichtliche Betreuung für meine betreute Person<br><input type="checkbox"/> Ich als Bevollmächtigte/r für die durch mich vertretene Person<br><input type="checkbox"/> Sonstige |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Angaben zur antragstellenden Person

|                                                                                                                            |               |                |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|-----|
| Doktorgrade                                                                                                                | Familiennamen | Vornamen       |     |
| Geburtsdatum                                                                                                               | Geburtsort    |                |     |
| Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers             |               |                |     |
| Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland |               |                |     |
| Straße                                                                                                                     | Hausnummer    | Postleitzahl   | Ort |
| Adresszusatz                                                                                                               |               |                |     |
| Postfach                                                                                                                   | Postleitzahl  | Ort            |     |
| Auslandsanschrift                                                                                                          |               | Staat          |     |
| Telefonnummer                                                                                                              |               | E-Mail-Adresse |     |

### Angaben zur Betreuungsperson oder Bevollmächtigten

|                                                                                                                            |              |                |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|-------|
| Familienname                                                                                                               |              | Vornamen       |       |
| Name des Unternehmens, Vereins, oder einer sonstigen Organisation                                                          |              |                |       |
| Beziehung zur antragstellenden Person                                                                                      |              |                |       |
| Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland |              |                |       |
| Straße                                                                                                                     | Hausnummer   | Postleitzahl   | Ort   |
| Adresszusatz                                                                                                               |              |                |       |
| Postfach                                                                                                                   | Postleitzahl | Ort            |       |
| Auslandsanschrift                                                                                                          |              |                | Staat |
| Telefonnummer                                                                                                              |              | E-Mail-Adresse |       |

### Angaben zur verstorbenen Person (nur als hinterbliebene Person auszufüllen)

|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                        |                                                           |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|
| Familienname                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                        | Geburtsname                                               |       |
| Vornamen                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                        |                                                           |       |
| Geburtsdatum                                                                                                                        | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers                                                                         |                                                           |       |
| Letzter Wohnsitz/gewöhnlicher Aufenthalt <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland |                                                                                                                                                                                        |                                                           |       |
| Straße                                                                                                                              | Hausnummer                                                                                                                                                                             | Postleitzahl                                              | Ort   |
| Adresszusatz                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                        |                                                           |       |
| Postfach                                                                                                                            | Postleitzahl                                                                                                                                                                           | Ort                                                       |       |
| Auslandsanschrift                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                        |                                                           | Staat |
| Staatsangehörigkeit                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        |                                                           |       |
| Sterbedatum                                                                                                                         | Sterbeort                                                                                                                                                                              |                                                           |       |
| Todesursache                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                        |                                                           |       |
| Hat die verstorbene Person vor ihrem Tod soziale Entschädigungsleistungen bezogen?                                                  |                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |       |
| Verhältnis zur verstorbenen Person                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerverhältnis <input type="checkbox"/> Kindschaftsverhältnis<br><input type="checkbox"/> Elternschaftsverhältnis <input type="checkbox"/> Sonstige |                                                           |       |
|                                                                                                                                     | Sonstiger Familienstand:                                                                                                                                                               |                                                           |       |

### Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwen-/Witwerverhältnis“ auszufüllen)

|                                                                              |                       |  |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--|-----------------------------------------------------------|
| Datum der Eheschließung                                                      | Ort der Eheschließung |  |                                                           |
| Wurde die Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?               |                       |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie nach dem Tod der verstorbenen Person noch weitere Ehen eingegangen? |                       |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

**Angaben für Waisen und Halbwaisen (nur bei Auswahl „Kindschaftsverhältnis“ auszufüllen)**

|                                                              |                                      |                                       |                                                                        |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Sind Sie durch den Sterbefall Waise oder Halbwaise geworden? |                                      |                                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein              |
| Kindschaftsverhältnis zur verstorbenen Person                | <input type="checkbox"/> Ehelich     | <input type="checkbox"/> Nichtehelich | <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind |
| Familienname der gesetzlichen Vertretung                     | Vornamen der gesetzlichen Vertretung |                                       |                                                                        |

**Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Halbwaise“ und „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)**

|                                           |              |                                                                                            |                                                           |
|-------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Familienname                              |              | Vornamen                                                                                   |                                                           |
| Wo befindet sich die Anschrift?           |              | <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland |                                                           |
| Straße                                    | Hausnummer   | Postleitzahl                                                                               | Ort                                                       |
| Adresszusatz                              |              |                                                                                            |                                                           |
| Postfach                                  | Postleitzahl | Ort                                                                                        |                                                           |
| Auslandsanschrift                         |              |                                                                                            | Staat                                                     |
| Geburtsdatum                              | Geburtsort   |                                                                                            |                                                           |
| Staatsangehörigkeit                       |              |                                                                                            |                                                           |
| Hat der andere Elternteil weitere Kinder? |              |                                                                                            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

**Andere Ansprüche**

|                                                                                                            |            |                               |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Wurden oder werden aus Anlass des Todes bereits laufende oder einmalige Leistungen gewährt oder beantragt? |            |                               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name der Behörde                                                                                           |            | Aktenzeichen/Geschäftszeichen |                                                           |
| Straße                                                                                                     | Hausnummer | Postleitzahl                  | Ort                                                       |
| Adresszusatz                                                                                               |            |                               |                                                           |
| Haben Sie oder hatte die verstorbene Person Anspruch auf Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen?   |            |                               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name der Rentenversicherung                                                                                |            | Aktenzeichen/Geschäftszeichen |                                                           |
| Straße                                                                                                     | Hausnummer | Postleitzahl                  | Ort                                                       |
| Anschrift Zusatzangaben                                                                                    |            |                               |                                                           |

**Angaben zur geschädigten Person (nur als Angehörige/r oder nahestehende Person auszufüllen)**

|                                                                                                                            |                                                                                                                |              |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|
| Familienname                                                                                                               |                                                                                                                | Geburtsname  |            |
| Vornamen                                                                                                                   |                                                                                                                |              |            |
| Geburtsdatum                                                                                                               | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |              |            |
| Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland |                                                                                                                |              |            |
| Straße                                                                                                                     | Hausnummer                                                                                                     | Postleitzahl | Ort        |
| Adresszusatz                                                                                                               |                                                                                                                |              |            |
| Postfach                                                                                                                   |                                                                                                                | Postleitzahl | Ort        |
| Auslandsanschrift                                                                                                          |                                                                                                                |              | Staat      |
| Geburtsdatum                                                                                                               |                                                                                                                |              | Geburtsort |
| Staatsangehörigkeit                                                                                                        |                                                                                                                |              |            |

#### Angaben zur Gewalttat

|                                          |                                                                                                                                     |                   |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Tatzeit (Datum)                          |                                                                                                                                     | Tatzeit (Uhrzeit) |
| Tatzeitraum beziehungsweise Tatzeiträume |                                                                                                                                     |                   |
| Tatort                                   | <input type="checkbox"/> Private Wohnung oder Haus<br><input type="checkbox"/> Arbeitsplatz<br>Name und Anschrift des Arbeitgebers: |                   |
|                                          | <input type="checkbox"/> Schule, Ausbildungs- oder Betreuungseinrichtung - Name und Anschrift der Einrichtung:                      |                   |
|                                          | <input type="checkbox"/> Weg zum/vom Arbeitsplatz oder zur/von Schule, Ausbildungs- oder Betreuungseinrichtung                      |                   |
|                                          | <input type="checkbox"/> Sonstiger Geschehensort:                                                                                   |                   |

#### Angaben zur Strafanzeige

|                               |              |                               |                                                           |
|-------------------------------|--------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Wurde Strafanzeige erstattet? |              |                               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name der Behörde              |              |                               |                                                           |
| Straße                        | Hausnummer   | Postleitzahl                  | Ort                                                       |
| Adresszusatz                  |              |                               |                                                           |
| Postfach                      | Postleitzahl | Ort                           |                                                           |
| Datum der Strafanzeige        |              | Aktenzeichen/Geschäftszeichen |                                                           |



|                                                                                                                       |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Zu welchen körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen hat die Gewalttat geführt?                               |                                                           |
| Liegen diese körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen heute noch vor?                                        | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Welche körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen liegen heute noch vor?                                       |                                                           |
| Wurden durch die Gewalttat am Körper getragene Hilfsmittel beschädigt?                                                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Welche Hilfsmittel wurden durch die Gewalttat beschädigt?                                                             |                                                           |
| Welche der genannten Gesundheitsstörungen bestanden bereits zuvor?                                                    |                                                           |
| Waren Sie aufgrund der bestehenden Gesundheitsstörungen schon in ärztlicher Behandlung oder in Krankenhausbehandlung? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

#### Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung aufgrund des schädigenden Ereignisses

|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                           |              |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------|
| Waren Sie aufgrund der Folgen des schädigenden Ereignisses in ärztlicher Behandlung?                                                      | <input type="checkbox"/> Stationärer Behandlung<br><input type="checkbox"/> Ambulanter Behandlung<br><input type="checkbox"/> Ich war nicht in Behandlung |              |                                                           |
| Name des Krankenhauses oder der Ansprechperson                                                                                            |                                                                                                                                                           |              |                                                           |
| Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland                |                                                                                                                                                           |              |                                                           |
| Straße                                                                                                                                    | Hausnummer                                                                                                                                                | Postleitzahl | Ort                                                       |
| Adresszusatz                                                                                                                              |                                                                                                                                                           |              |                                                           |
| Postfach                                                                                                                                  | Postleitzahl                                                                                                                                              | Ort          |                                                           |
| Auslandsanschrift                                                                                                                         |                                                                                                                                                           | Staat        |                                                           |
| Behandlungszeitraum beziehungsweise Behandlungszeiträume                                                                                  |                                                                                                                                                           |              |                                                           |
| Welchen Beruf, welche Tätigkeit oder welches Studium haben Sie vor dem schädigenden Ereignis ausgeführt?                                  |                                                                                                                                                           |              |                                                           |
| Fühlen Sie sich durch die Folgen des schädigenden Ereignisses in Ihrer Berufsausübung, Ihrer Tätigkeit oder Ihrem Studium beeinträchtigt? |                                                                                                                                                           |              | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wie fühlen Sie sich durch das schädigende Ereignis beeinträchtigt (Funktionsbeeinträchtigungen)?                                          |                                                                                                                                                           |              |                                                           |

### Angaben zur Krankenversicherung

|                              |                                                                                                                                     |                                           |     |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----|
| Form der Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Privat versichert <input type="checkbox"/> Nicht versichert |                                           |     |
| Name der Krankenkasse        |                                                                                                                                     |                                           |     |
| Straße                       | Hausnummer                                                                                                                          | Postleitzahl                              | Ort |
| Adresszusatz                 |                                                                                                                                     |                                           |     |
| Postfach                     |                                                                                                                                     | Postleitzahl                              | Ort |
| Mitgliedschaft seit (Datum)  |                                                                                                                                     | Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer |     |
| Frühere Krankenkasse         |                                                                                                                                     |                                           |     |

### Bankverbindung

|              |              |
|--------------|--------------|
| Kontoinhaber | IBAN         |
| BIC          | Geldinstitut |

### Sonstige Angaben

#### Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten

|                                                                                                                                               |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--|
| Haben Sie wegen der Gesundheitsschädigungen, für die Sie hiermit Leistungen beantragen, Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten angemeldet? |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |  |
| Von welcher weiteren Stelle oder Einrichtung haben Sie weitere Leistungen beantragt?                                                          |            | <input type="checkbox"/> Unfallversicherung<br><input type="checkbox"/> Krankenversicherung<br><input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung<br><input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit<br><input type="checkbox"/> Täterin/Täter (Schadensersatz/Schmerzensgeld)<br><input type="checkbox"/> Ausländischen Entschädigungssystemen |                                                           |  |
|                                                                                                                                               |            | <input type="checkbox"/> Sonstige Leistungsträger:                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                           |  |
| Name der Stelle oder der Einrichtung                                                                                                          |            | Aktenzeichen/Geschäftszeichen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                           |  |
| Straße                                                                                                                                        | Hausnummer | Postleitzahl                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Ort                                                       |  |
| Adresszusatz                                                                                                                                  |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                           |  |
| Postfach                                                                                                                                      |            | Postleitzahl                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Ort                                                       |  |

### Angaben zur Behinderung

|                                                             |  |                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|
| Wurde eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt? |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |  |
| Name der Behörde                                            |  | Aktenzeichen/Geschäftszeichen                             |  |

### Antrag auf Versorgung

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Haben Sie bereits einen Antrag auf Versorgung gestellt und beziehen gegebenenfalls Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), Häftlingsgesetz (HHG), Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG), Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) beziehungsweise Vierzehnten Sozialgesetzbuch (SGB XIV)? |                               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name der Behörde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Aktenzeichen/Geschäftszeichen |                                                           |

### Unterstützung bei der Antragstellung

|                                                          |                                                           |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Haben Sie Unterstützung bei der Antragstellung erhalten? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wer hat Sie bei der Antragstellung unterstützt?          |                                                           |
| <u>sonstige Beschreibungen, Erklärungen, Hinweise:</u>   |                                                           |

## Erklärungen

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <p>Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und sämtliche Angaben richtig und vollständig gemacht worden sind. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Beträge zurückgezahlt werden müssen.</p> | <input type="checkbox"/> Ja |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Soweit ich keine für die Anspruchsprüfung erforderlichen Unterlagen beifüge, wird die zuständige Behörde den Sachverhalt von Amts wegen aufklären.

Ich erkläre mich daher insbesondere mit der Beiziehung folgender Unterlagen einverstanden:  
 Polizeiliche Ermittlungsunterlagen, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten,  
 Jugendamtsakten, erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde,  
 Befundberichte, Therapieberichte, Entlassungsberichte, Gutachten des Medizinischen Dienstes der  
 Krankenversicherung oder Pflegeversicherung, Krankenunterlagen, und Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind, allerdings nur in dem Umfang, wie sie Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände geben können.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren, für ein sich gegebenenfalls anschließendes Überprüfungs- oder Widerspruchsverfahren sowie für das Verfahren zur Durchsetzung der auf das Land übergegangenen Schadensersatzansprüche. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich entbinde die behandelnden und beteiligten Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, und Therapeutinnen/Therapeuten insoweit von ihrer Schweigepflicht.

|                                                                               |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Stimmen Sie der Schweigepflichtentbindungserklärung zu?                       | <input type="checkbox"/> Ja |
| Von dieser Schweigepflichtentbindungserklärung schließe ich ausdrücklich aus: |                             |

Die jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers bzw. der  
sorgeberechtigten bevollmächtigten oder betreuenden Person:

.....  
Ort, Datum:

(bei Minderjährigen unter 15 Jahren müssen beide Sorgeberechtigten unterschreiben)

## Hinweise zum Datenschutz

Informationen zur Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27.04.2016 (EU-Datenschutz-Grundverordnung – DS-GVO) und zum Schutz der Sozialdaten nach dem 2. Kapitel des Zehnten Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - (SGB X):

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten ist Artikel 6 DS-GVO.

Ihre Angaben im Antragsformular sind erforderlich, damit das Landratsamt das Vorliegen eines Versorgungsanspruchs und den Grad der Schädigung (GdS) feststellen kann (Verarbeitungszweck i. S. d. Artikel 13 Absatz 1 Buchstabe c) DS-GVO).

Sie sind 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. Sie können der Verarbeitung personenbezogener Daten widersprechen (Artikel 21 DS-GVO) oder eine vorzeitige Löschung der gespeicherten Daten verlangen (Artikel 17 DS-GVO).

Die Akten werden evtl. einem Arzt außerhalb der Verwaltung zur Begutachtung zugeleitet. Sie können einer solchen Zuleitung an Ärzte außerhalb der Verwaltung ebenfalls widersprechen (Artikel 21 DS-GVO).

Ihre Rechte:

- Sie können nach Maßgabe des Artikel 15 DS-GVO Auskunft über Ihre gespeicherten Daten verlangen.
- Sie können eine kostenlose Kopie dieser Daten verlangen (Artikel 15 Abs. 3 und 4 DS-GVO).
- Sie können eine Vervollständigung oder Berichtigung Ihrer Daten verlangen, sofern diese unvollständig oder unrichtig sind (Artikel 16 DS-GVO).
- Jede erfolgte Berichtigung oder Vervollständigung Ihrer Daten sind von uns weiteren Empfängern mitzuteilen, sofern dies möglich und nicht mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden ist (Art 19 DS-GVO).
- Sie haben unter gewissen Voraussetzungen das Recht, die Löschung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen. Auf Artikel 17 DS-GVO wird insoweit hingewiesen.
- Sie können verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten unter bestimmten Voraussetzungen einzuschränken (Artikel 18 DS-GVO).
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit widerrufen.  
Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird hiervon nicht berührt (Artikel 13 Abs. 2 Buchstabe c) DS-GVO).

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:

an die verantwortliche Stelle:

Landratsamt Böblingen  
Leitung des Amtes 22 -  
Versorgungsamt  
Fritz-Elsas-Straße 30  
70174 Stuttgart  
Tel.: 07031/663 – 2121  
versorgungsamt@lrabb.de

oder

Landratsamt Böblingen  
Beauftragte für den Datenschutz  
Parkstr. 16  
71034 Böblingen  
Tel.: 07031/663 – 2631  
datenschutz@lrabb.de

oder die Fachaufsichtsbehörde:

Regierungspräsidium Stuttgart  
Abteilung 9 / Referat 91  
Landesversorgungsamt BW  
Ruppmannstraße 21  
70565 Stuttgart  
Tel.: 0711 904-0

oder

Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg  
Heilbronner Straße 35, 70191 Stuttgart, Tel.: 0711/61 55 41-0, [poststelle@lfdi.bwl.de](mailto:poststelle@lfdi.bwl.de)  
<https://www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de/beschwerde>