

# Antrag auf Gewährung von Leistungen der Kriegsofferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_ poststelle@lra.landkreis-cham.de

für: \_\_\_\_\_

Geschäftszeichen: \_\_\_\_\_

- Verwendungszweck als:  Laufende Beihilfe  Darlehen  
 Einmalige Beihilfe  Einmalige Beihilfe und Darlehen

## Antragsteller:

Name, ggf. Geburtsname:	Vorname (Bitte alle Vornamen angeben!):		
Straße, Hausnummer:	PLZ:	Ort:	
E-Mail:	Telefon:	Telefax:	
Geburtsdatum:	Familienstand:		

## Bei Beschädigten:

Im Sinne des BVG ist als gesundheitliche Schädigung vom VA anerkannt (Bezeichnung) \_\_\_\_\_

Hiernach beträgt die Minderung meiner Erwerbsfähigkeit: \_\_\_\_\_ v.H.

Versorgungsamt: \_\_\_\_\_, Renten-Z. \_\_\_\_\_

Ich beziehe

- Grundrente  Berufsschadensausgleich  Ausgleichsrente  
 Kleiderverschleißpauschale  Schwerstbeschädigtenzulage  Pflegezulage der Stufe \_\_\_\_\_

Der Anspruch auf Grundrente ist wegen Gewährung einer Kapitalabfindung erloschen  ja  nein

## Beruflicher Werdegang:

erlernter Beruf:	jetzige Tätigkeit:
Arbeitgeber und Beschäftigungsort:	

- Sonstige Gesundheitsstörung:  nein  ja  
Bescheid des Versorgungsamtes n.d. Schwerbehindertengesetz:  nein  ja, GZ \_\_\_\_\_

## Bei Hinterbliebenen:

- Ich beziehe:  Witwenrente / Witwenbeihilfe nach dem Bundesversorgungsgesetz  
 Waisenrente / Waisenbeihilfe nach dem Bundesversorgungsgesetz  
 keine Witwenrente wegen Anrechnung nach § 44 Abs. 5 BVG  
 Elternrente nach § 50 BVG / keine Elternrente mehr (§ 25 Abs. 3 Nr. 2 BVG)

- Der Anspruch auf Versorgungsbezüge ruht nach § 65 BVG.  
 Der Anspruch auf Grundrente ist wegen Gewährung einer Kapitalabfindung erloschen.

Versorgungsamt: \_\_\_\_\_, Renten-Z. \_\_\_\_\_

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit des Verstorbenen betrug: \_\_\_\_\_ v.H.

Der Verstorbene war Pflegezulagenempfänger nach Stufe III  ja  nein

**Angehörige des Antragstellers:**

Personen, die mit dem Antragsteller in Haushaltsgemeinschaft leben:					Sonstige Angehörige:	
Name						
Vorname						
Geburtsdatum						
Verwandsch. Verhältnis						
Anschrift						
Familienstand						
Berufs- oder Erwerbstätigk.						
Arbeitgeber						

**Bei Antragstellung auf Gewährung von Leistungen für Familienmitglieder:**

Ich beantrage die Gewährung von Hilfe für folgende Personen:

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

1 Einkommensverhältnisse (Nachweise sind - mit der entsprechenden Nr. versehen - beizufügen)								
Lfd. Nr.	Bruttoeinkünfte mtl. in € § 25 d Abs.1 u.2 BVG	des Antragstellers	des Ehegatten	der übrigen Angehörigen:				geprüft
				Name:	Name:	Name:	Name:	
<b>Versorgungsbezüge</b>								
1.11	BVG-Grundrente							
1.12	BVG-Ausgleichsrente							
1.13	BVG-Ehegattenzuschlag							
1.14	BVG-Berufsschadensausgleich/Schadensausgl.							
1.15	BVG-Kinderzuschläge							
1.16	BVG-Pflegezulage Stufe:							
1.17	BVG-Schwerbesch.Zul.							
1.18	BVG-Kleiderverschl.P.							
1.19	BVG-Elterrente							
<b>Renten aus der Sozialversicherung</b>								
1.21	aus eigener Versicherung (einschl.Kinderzuschüsse)							
1.22	Hinterbliebenenrente							
1.31	Ruhegehalt/Witwengeld (einschl. Kindergeld)							
1.32	Waisengeld							
<b>Sonstige Einkünfte</b>								
1.41	Arbeitseinkommen							
1.42	Arbn.Nehmer-Sparzulage							
1.43	Vermögensw.Leistungen							
1.44	Arb.Geber-Zuschuss z. freiw. Krankenvers.							



<b>3 Aufwendungen</b> (Nachweise sind - mit der entsprechenden Nr. versehen - beizufügen)								
Lfd. Nr.	Lfd. monatl. Ausgaben § 25 d Abs. 3 BVG	des Antragstellers	des Ehegatten	der übrigen Angehörigen:				geprüft
				Name:	Name:	Name:	Name:	
3.11	Lohn- / Einkommensteuer							
3.12	Kirchensteuer							
3.13	Pflichtbeiträge zur Sozial- u. Arbeitslosenvers.							
3.14	Beiträge z. Krankenvers. (soweit nicht pflichtvers.)							
3.15	Beiträge zu öffentl. oder priv. Vers.o. ähnl. Einr. (soweit gesetzl. vorgeschr. o.n. Grund und Höhe)							
3.16	Notw. Ausgaben b. Eink. aus Kap.-Vermögen							
	Notwendige Arbeitsmittel							
3.17	Notwendige Fahrtkosten							
3.18	Notwendige Beiträge zu Berufsverbänden							
3.19	Notw. Mehraufwendung. (wg. dopp. Haushaltsführ.)							
<b>4 Sonstige Aufwendungen des Antragstellers</b> (siehe nebenstehende Hinweise))								
Lfd. Nr.	Lfd. monatl. Ausgaben § 25 d Abs. 3 BVG	des Antragstellers	des Ehegatten	der übrigen Angehörigen:				geprüft
				Name:	Name:	Name:	Name:	
4.1	Schuldverpflichtung für		<b>Beachten Sie bei Ihrer Antragstellung folgende Hinweise</b>					
			Nach § 25 c Abs. 3 BVG prüfen die Träger der Kriegsopferfürsorge in jedem Einzelfall, ob es auf Grund vorliegender Besonderheiten unbillig ist, von dem Beschädigten oder Hinterbliebenen den Einsatz seines Einkommens zur Deckung des anerkannten Bedarfs zu verlangen. Dabei werden u.a. auch die besonderen finanziellen Belastungen des Beschädigten oder Hinterbliebenen entsprechend berücksichtigt, solange sie nicht durch eine anderweitige Hilfe im Rahmen der Kriegsopferfürsorge oder nach anderen Rechtsvorschriften gedeckt werden können. Besondere finanzielle Belastungen - die im allgemeinen in Höhe der mtl. Aufwendungen des Beschädigten oder Hinterbliebenen von dem zu berücksichtigenden Einkommen abzusetzen sind - können insbesondere sein:					
4.21	für Familienereignisse		Schuldverpflichtungen, besondere Abzahlungsverpflichtungen, die vor Eintritt des Bedarfs entstanden sind, bei länger dauernden Hilfen der KOF auch Verpflichtungen, die während des Hilfezeitraums im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der KOF eingegangen werden und soweit dabei die Grundsätze wirtschaftlicher Lebensführung nicht verletzt sind (Ziff. 4.1);					
			Erforderliche Aufwendungen:					
4.21	bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit udgl.		a) im Zusammenhang mit Familienereignissen (z.B. Geburt, Heirat, Tod) oder für Fahrten zum Besuch von Familienmitgliedern in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen (Ziff. 4.2.1)					
4.3	für Unterhaltsverpflichtungen		b) bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung, z.B. für Diätkost, Arzneien, Heil- und Erholungsmaßnahmen, Haushaltshilfen, Pflegepersonen (Ziff. 4.22)					
4.4	für Erziehung, Ausbildung udgl.		c) für Unterhaltsverpflichtungen gegenüber außerhalb der Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen, soweit die Aufwendungen nicht bei der Feststellung der Einkommensgrenze durch den Familienzuschlag gedeckt sind (Ziff. 4.3)					
4.5	zur Beschaffung oder Erhaltung der Unterkunft		d) für eine angemessene Erziehung, Ausbildung oder Fortbildung unterhaltsberechtigter Familienangehöriger, soweit die Aufwendungen nicht bei der Feststellung oder Einkommensgrenze durch den Familienzuschlag gedeckt sind (Ziff. 4.4)					
4.6	für die Fort- und Weiterbildung		e) für die Beschaffung oder Erhaltung einer angemessenen Unterkunft (z.B. amortisierbare Baukostenzuschüsse, Abfindungen, Instandsetzungskosten, Umzugskosten, Abtragung von unverschuldet entstandenen Mietrückständen), soweit sie nicht zu den laufenden Kosten der Unterkunft gehören (Ziff. 4.5)					
4.7	Sonstiges		f) für die Fort- und Weiterbildung (Ziff. 4.6)					

**Wohnverhältnisse:** (Nachweise sind beizufügen)

Die Wohngemeinschaft besteht aus \_\_\_\_\_ Personen.

**Bei Mietwohnungen:**

- a) Nettomiete (Kaltmiete) mtl. \_\_\_\_\_ €
- b) Neben-/Betriebskosten mtl. \_\_\_\_\_ €  
(Grundsteuer, Brandversicherung, Haushaftpflichtvers., Wassergeb., Kanalgeb., Straßenreinigung, Müllabfuhr, Kaminkehrgebühren, Hauswartverg., Gartenpflege usw.)
- c) Abschlagszahlungen  
Heizungszuschlag mtl. \_\_\_\_\_ €  
Warmwasserverbrauch mtl. \_\_\_\_\_ €
- d) Sonstiges (z.B. Garage) mtl. \_\_\_\_\_ €

**Bei Eigenheimen udgl.**

- a) Hauslasten aus Hypotheken-, Grund und Rentenschulden und sonstigen Baudarlehen  
Zinsbeträge mtl. \_\_\_\_\_ €  
Tilgungsbeträge mtl. \_\_\_\_\_ €
- b) Grundsteuer mtl. \_\_\_\_\_ €  
Brandversicherung mtl. \_\_\_\_\_ €  
Haushaftpflichtversicherung mtl. \_\_\_\_\_ €  
Wassergebühren mtl. \_\_\_\_\_ €  
Kanalbenutzungsgebühren mtl. \_\_\_\_\_ €  
Straßenreinigung mtl. \_\_\_\_\_ €  
Müllabfuhr mtl. \_\_\_\_\_ €  
Kaminkehrer mtl. \_\_\_\_\_ €  
Sonstiges mtl. \_\_\_\_\_ €

Die Wohnung ist ausgestattet mit - Sammelheizung - Bad oder Duschaum; sie war bezugsfertig am: \_\_\_\_\_

Die Wohnung ist ausgestattet mit - Sammelheizung - Bad oder Duschaum; sie war bezugsfertig am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Räume werden mit  festen Brennstoffen  Öl  Gas  Elektrizität beheizt.  
Wohngeld  wird gewährt.  wird beantragt.

**Begründung zur Art und Höhe der Hilfen:**

**Bei Erholungshilfe, vorbeugender Gesundheitshilfe**

(für jeden Erholungsbedürftigen ist ein ärztliches Zeugnis vorzulegen)

Der Aufenthalt ist vorgesehen für \_\_\_\_\_ Tage in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ Unterbringung bei \_\_\_\_\_

Ich bin auf die Mitnahme einer Begleitperson angewiesen:  ja  nein

Es entstehen voraussichtlich folgende Kosten:

- Unterkunft und Verpflegung für (einschl. Begleitperson) \_\_\_\_\_ Pers./pro Tag je \_\_\_\_\_ €
- Unterkunft und Verpflegung für \_\_\_\_\_ Pers./pro Tag je \_\_\_\_\_ €
- Aufwendungen für die Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Haushaltsangehörigen für \_\_\_\_\_ Pers./pro Tag je \_\_\_\_\_ €
- Kurtaxe, Abgaben udgl. \_\_\_\_\_ €
- Fahrtkosten (Eisenbahn 2. Kl.) \_\_\_\_\_ €
- Pkw-(Fahrtstrecke \_\_\_\_\_ km/einfach) \_\_\_\_\_ €
- Gepäckbeförderung, Zu- und Abfahrten \_\_\_\_\_ €
- Sonstiges: \_\_\_\_\_ €
- Sonstiges: \_\_\_\_\_ €

Von anderen Leistungsträgern (z.B. Krankenkasse oder Sozialversicherungsträger) wurde / wird ein Zuschuss in Höhe von \_\_\_\_\_ € gewährt.

**Laufende Hilfen zum Betrieb, zur Unterhaltung, zum Unterstellen und zum Abstellen eines Kraftfahrzeuges**

Die beantragte Hilfe ist notwendig, weil ich infolge der  Schädigung  Behinderung  
 zur Erreichung der Arbeitsstätte  zur Fortbewegung auf die Benutzung eines Kraftfahrzeuges angewiesen bin.

Die einfache Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte bei Fa. \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ beträgt \_\_\_\_\_ km.

**Fahrzeugdaten:**

Art	Fabrikat	Kennzeichen	zugelassen am	LRA/Stadt
Hubraum	Fahrzeughalter		Fahrgestell-Nr.	Motor-Nr.

Monatl. Kosten der Garage \_\_\_\_\_ €. Der Mietvertrag  liegt bei.  wurde bereits vorgelegt.

Von anderen Leistungsträgern, z.B. Orth.Vers.Stelle wurde / wird ein einmaliger / laufender Zuschuss in Höhe von \_\_\_\_\_ € gewährt.

**Laufende Hilfen zum Lebensunterhalt, als Tbc-Hilfe, als Ernährungszulage, zur Pflege, zur Weiterführung des Haushalts, für Telefongrundgebühren, als Altenhilfe usw.**

Es entstehen monatlich folgende Kosten für

_____	€
_____	€
Von anderen Leistungsträgern wurde / wird ein einmaliger / laufender Zuschuss gewährt in Höhe von _____	€

**Sonstige Angaben:**

Wann haben Sie zuletzt für den gleichen Zweck Leistungen erhalten? \_\_\_\_\_

Von welcher Stelle? 

Bewilligungsbehörde/Amt	Geschäftszeichen
-------------------------	------------------

Steht die beantragte Leistung im Zusammenhang mit einem Ereignis des Schadensersatzansprüche gegen Dritte begründen kann?  nein  ja

Haben Sie oder ein Angehöriger Anträge  auf gleichartige Leistungen  auf Gewährung von Renten oder ähnlichen Bezügen gestellt, über die noch nicht entschieden ist?

nein  ja, \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, Geschäftszeichen der zuständigen Dienststelle

Beziehen Sie sonstige Leistungen der Kriegsofopferfürsorge?

nein  ja, \_\_\_\_\_  
Welche?

Ich bin  krankenversichert  krankenversichert bei der \_\_\_\_\_  
Bezeichnung der Krankenkasse

Über die Bestimmungen der §§ 60 - 66 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) wurde ich belehrt. Ich versichere, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Nicht ausgefüllte oder durchgestrichene Rubriken gelten als Verneinung. Über die Folgen wissentlich falscher Erklärungen bin ich mir bewusst. Ich verpflichte mich, jede Änderung in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen und in den Verhältnissen meiner Angehörigen der zuständigen Kriegsofopferfürsorgestelle unverzüglich mitzuteilen. Die Anzeigepflicht erstreckt sich auch auf die Unterrichtung der Bewilligungsbehörde über Anträge auf Gewährung von Renten oder ähnlichen Leistungen, die nach Einrichtung dieses Antrages gestellt werden. Es ist mir bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen von mir zurückgefordert werden können. Das gilt insbesondere dann, wenn ihre Gewährung von mir vorsätzlich oder grob fahrlässig verschuldet ist. Bei Überzahlung ermächtige ich die Sparkasse, Bank bzw. Postscheckamt, den vom Träger der Kriegsofopferfürsorge zurückgeforderten Betrag ohne meine ausdrückliche Anweisung zurück zu überweisen. Die Kreditinstitute werden hiermit vom Bankgeheimnis entbunden. Sie werden ermächtigt und beauftragt, über den Kontenstand und die Kontenbewegungen der letzten 6 Monate unbeschränkt Auskunft zu erteilen.

Die beantragte Hilfe bitte ich auf das

Geldinstitut:	Bankleitzahl:	Kontonummer:
---------------	---------------	--------------

zu überweisen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift