

Antrag auf Gewährung einer Erholungshilfe gem. § 27 b BVG bei der Kriegsopferfürsorgestelle



Telefon **Telefax** **poststelle@lra.landkreis-cham.de**

Persönliche Verhältnisse des Antragstellers:

Name, ggf. Geburtsname:		Vorname (Bitte alle Vornamen angeben!):	
Straße, Hausnummer:		PLZ:	Ort:
E-Mail:		Telefon:	Telefax:
Geburtsdatum:	Geburtsort: (Gemeinde, Landkreis, Land)		Staatsangehörigkeit:
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit:			

Ich bin Versorgungsberechtigte/r nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) / Soldatenversorgungsgesetz (SVG) lt. Bescheid des Versorgungsamtes Regensburg vom _____ Rentenzeichen: 16/ _____ Minderung des Grades der Erwerbsfähigkeit (MdE): _____ v.H.

Anerkannte Schädigungsfolgen: _____

Unterhaltsberechtignte Angehörige im Haushalt und deren Einkommen: (Reihenfolge: Ehefrau, Kinder usw.)

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsgrad (Frau, Sohn, Tochter usw.)	Beruf	Einkommen mtl./€ (Nachweis)
1					
2					
3					
4					

Sonstige Angehörige im Haushalt und deren Einkommen:

1					
2					
3					
4					

Vermögensverhältnisse des Antragstellers:

Barvermögen - €	Kapitalvermögen (z.B. Sparguthaben, Aktien, Bausparvertrag usw.) Art angeben und €
	Bausparvertrag fällig am:

Hausbesitz (Ein-, Zwei- oder Mehrfamilienhaus, Eigentumswohnung):

Art angeben	Grundbesitz - ha	Einheitswert - €
Baujahr:	Sammelheizung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Einkommensverhältnisse des Antragstellers:

Grundrente	_____ €	Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft / Gewerbebetriebe und selbständige Arbeit	_____ €
davon kapitalisiert	_____ €	aus Vermietung und Verpachtung	_____ €
Pflegezulage	_____ €	aus Kapitalvermögen (Zinsen usw.):	_____ €
Schwerstbeschädigten-Zulage	_____ €	Siehe Ziffer 2a)	_____ €
Kleiderverschleiß	_____ €	Arbeiter-, Angestelltenversicherungsrente einschl. Kinderzuschlag usw.:	_____ €
Ausgleichsrente	_____ €	(<input type="checkbox"/> EU-Rente, <input type="checkbox"/> BU-Rente, _____ RAG)	_____ €
Ehegattenschlag	_____ €	Pension / Unfallrente	_____ €
Kinderzuschlag	_____ €	Kindergeld nach BKGG	_____ €
Berufsschadensausgleich	_____ €	Leistungen nach dem LAG	_____ €
Wohngeld (Mietbeihilfe oder Lastenzuschuss)	_____ €	Sonstige Einkünfte:	_____ €
Zivilblindengeld	_____ €	Austragsleistungen (siehe Übergabevertrag)	_____ €
Arbeitseinkommen (brutto)	_____ €		
Einmalige Einnahmen (siehe Anlage)	_____ €		

Das angegebene Vermögen und Einkommen ist zu belegen (z.B. letzter Rentenbescheid, Rentenmitteilung, letzte Lohn- und Gehaltsabrechnung, aus der brutto, Abzüge und netto ersichtlich sind, Einkommensteuerbescheid, Bescheinigung über Krankengeld oder Arbeitslosengeld, Wohngeldbescheid, Übergabevertrag usw.)

Lasten und Ausgaben für Unterkunft:

a) Monatliche Wohnungsmiete:

reine Miete	_____ €
dazu Nebenleistung	_____ €
Liftgebühr	_____ €
Antennengebühr	_____ €
Treppenreinigung	_____ €
Sonstiges	_____ €
Heizungspauschale	_____ €
b) Garagenmiete:	_____ €
dazu: Zuschuss v.d. Orthop. Versorgungsstelle / jährlich	_____ €

c) Hauslasten (bei Hausbesitz, auch Eigentumswohnung)

(Schuldverbindlichkeiten aus Hypotheken, Grund- und Rentenschulden, aus sonstigen Baudarlehen)

Zinsen	= _____	€/jhrl.
Tilgungsbeträge	= _____	€/jhrl.
Haus- und Grundsteuer	= _____	€/jhrl.
Brandversicherung	= _____	€/jhrl.
Gebäudehaftpflichtvers.	= _____	€/jhrl.
Kanalbenutzungsgebühr	= _____	€/jhrl.
Wassergebühren	= _____	€/jhrl.
Straßenreinigungsgebühr	= _____	€/jhrl.
Müllabfuhrgebühr	= _____	€/jhrl.
Kaminkehrgebühr	= _____	€/jhrl.
Sonstige Lasten aus Haus- und Grundbesitz (z.B. Erhaltungsaufwand usw.)	= _____	€/jhrl.
	= _____	€/jhrl.
insgesamt		_____ €

Sonstige laufende monatliche Belastung bzw. Ausgaben: (Nachweise begeben)

a) auf das Einkommen zu entrichtende Steuern	_____ €/mtl.
Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung	_____ €/mtl.

Beiträge für Versicherungen oder ähnliches, soweit diese Beiträge gesetzlich vorgeschrieben oder nach Grund und Höhe angemessen sind (alle Versicherungen einzeln angeben, z.B. Kraftfahrzeug-Haftpflicht, Hausrat, Sterbegeld usw.): -
Nachweis begeben

_____	_____ €/jhrl./mtl.
Unterhaltsleistungen auf Grund gesetzlicher oder vertraglicher Verpflichtungen:	
_____	_____ €/mtl.
_____	_____ €/mtl.
_____	_____ €/mtl.

Aus Billigkeitsgründen können noch weitere, nachzuweisende besondere finanzielle Belastungen und erforderliche Aufwendungen bei der Festsetzung des anzurechnenden monatlichen Einkommens berücksichtigt werden.

Das sind Schuldverpflichtungen, insbesondere Abzahlungsverpflichtungen, die vor Eintritt der beantragten Hilfe bei der Kriegsopferfürsorge eingegangen und soweit dabei die Grundsätze wirtschaftlicher Lebensführung nicht verletzt worden sind. Ferner erforderliche Aufwendungen im Zusammenhang mit Familienereignissen (z.B. Geburt, Heirat, Tod) oder für Fahrten zum Besuch von Familienmitgliedern in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen; für die Erhaltung der Gesundheit, der Heilung, die Pflege oder wegen einer Behinderung (z.B. Aufwendungen für Diätkost, Arzneimittel, Haushaltshilfen, Pflegekosten, Heil- und Badekuren).

Ebenso können Unterhaltsleistungen, soweit diese nicht durch Familienzuschläge oder auf andere Weise abgedeckt sind, berücksichtigt werden. Weiterhin können Aufwendungen für die eigene Fort- und Weiterbildung, 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, berücksichtigt werden.

Es wird ersucht, besondere finanzielle und notwendige Aufwendungen der vorstehend aufgeführten Art und Vorlage der entsprechenden Nachweise nachstehend anzuführen:

	€/mtl.
	€/mtl.
	€/mtl.
	€/mtl.

Ich beantrage

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Erholungshilfe (für Kinder nicht möglich) | <input type="checkbox"/> für mich selbst |
| <input type="checkbox"/> vorbeugende Gesundheitshilfe
(nur für Angehörige möglich) | <input type="checkbox"/> mit Begleitperson (siehe nächste Seite) |
| | <input type="checkbox"/> für meine Ehefrau |

Der Erholungsaufenthalt ist vorgesehen in: _____

Unterbringung: _____

(Der Erholungsaufenthalt darf in der Regel 3 Wochen nicht überschreiten.)

Begründung: (siehe anliegende ärztliche Bescheinigung/en)

Entstehende Kosten: (Nachweise unbedingt erforderlich)

- | | | | | | | | | | |
|---|-------|---------|-------|-----|-------|------------|-------|-------|---|
| a) Vollpension | _____ | Tage zu | _____ | € x | _____ | Personen = | _____ | € | |
| Halbpension | _____ | Tage zu | _____ | € x | _____ | Personen = | _____ | € | |
| Unterkunft mit Frühstück | _____ | Tage zu | _____ | € x | _____ | Personen = | _____ | € | |
| Pauschale für Verpflegung | _____ | Tage zu | _____ | € x | _____ | Personen = | _____ | € | |
| b) Kurtaxe, Abgaben u.ä. | | | | | | | = | _____ | € |
| c) Fahrt mit Bundesbahn (2. Klasse), Omnibus usw. (Vergünstigungen sind auszunutzen) | | | | | | | = | _____ | € |
| d) Gepäckbeförderung (normale Kosten) | | | | | | | = | _____ | € |
| e) Zu- und Abfahrten (am Wohn- bzw. Erholungsort) im Zusammenhang mit der An- und Rückreise | | | | | | | = | _____ | € |
| f) Eigener Pkw _____ km zu 17 Ct. (Notwendigkeit ist zu begründen) (hin und zurück, kürzeste Straßenentfernung - Reiseroute angeben) | | | | | | | = | _____ | € |
| g) Sonstige notwendige Aufwendungen für die Vorbereitung und Durchführung der Erholung (z.B. ärztl. Atteste, Fahrtkosten zum Gesundheitsamt usw.) | | | | | | | = | _____ | € |
| h) Pauschbetrag für zusätzl. kleinere Aufwendungen am Erholungsort (setzt Hauptfürsorgestelle fest) | | | | | | | = | _____ | € |

Bei Bewilligung bitte ich um Überweisung auf mein Konto:

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

oder auf das Konto:

Geldinstitut:	Bankleitzahl:	Kontonummer:
Kontoinhaber (Name, Vorname, Anschrift):		

Gerichtsstand ist Cham.

Ich versichere, die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. 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 Hauptfürsorgestelle unverzüglich mitzuteilen. Die Anzeigepflicht erstreckt sich auch auf die Unterrichtung der Bewilligungsbehörde über Anträge auf Gewährung von Renten oder ähnlichen Leistungen, die nach Einreichung dieses Antrages gestellt werden. Es ist mir bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung von mir vorsätzlich grob fahrlässig verschuldet ist. Der Einwand der nicht mehr vorhandenen Bereicherung kann dann nicht geltend gemacht werden.

Hinweis nach dem Datenschutzgesetz (BayDSG):

Gemäß Art. 16 Abs. 2 BayDSG wird darauf hingewiesen, dass ohne die im Antragsformular geforderten Angaben nicht festgestellt werden kann, ob Sie die gesetzlichen Voraussetzungen für die beantragte Leistung erfüllen. Zur Mitwirkung sind Sie nach I § 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch verpflichtet

Ort, Datum _____

Unterschrift _____