

A N T R A G

auf Unterstützungsleistungen durch die Deutsche Härtefallstiftung

Vorbemerkungen:

1. Die Stiftung zahlt keine finanziellen Mittel im Sinne von Schmerzensgeld, einer Entschädigung oder eines Fonds, sondern nur zur Linderung oder Beseitigung einer zurückliegenden bzw. konkret bestehenden und darzustellenden Notlage. Regelmäßig wiederkehrende Unterstützungsleistungen im Sinne z.B. einer Rente sind ausgeschlossen.
2. Ein Rechtsanspruch auf Unterstützungsleistungen besteht nicht. Dies gilt auch in den Fällen, in denen eine versorgungsrechtliche Abwicklung nicht erfolgt ist. Umgekehrt begründen Leistungen der Stiftung keine Ansprüche gegenüber anderen Leistungsträgern.
3. Der Sozialdienst der Bundeswehr unterstützt Sie bei Bedarf und auf eigenen Wunsch bei der gesamten Antragsstellung. Über das Aufgabenspektrum des Sozialdienstes der Bundeswehr informiert Sie dessen Internetseite (www.sozialdienst.bundeswehr.de). Auf der Internetpräsenz finden Sie bei den Downloads das Sozialdienstverzeichnis mit den für Sie zuständigen Ansprechstellen. Die Geschäftsstelle der Deutschen Härtefallstiftung unterstützt Sie auf Wunsch bei der Suche nach den Ansprechstellen.
4. Bei Bedarf fügen Sie bitte weitere Seiten als Anlage bei oder nutzen die entsprechenden Rückseiten des Antrages.
5. Die Stiftung weist darauf hin, dass Bescheide und ähnliche Nachweise als Kopien im Rahmen Ihrer Mitwirkung beizubringen sind.

Die Antragstellung erfolgt

- als aktive(r) Angehörige(r) der Bundeswehr.
- als ehemalige(r) Angehörige(r) der Bundeswehr.
- als ehemalige(r) Angehörige(r) der NVA.

bzw.

- als Hinterbliebene(r) / Angehörige(r) eines/einer
 - aktiven Angehörigen der Bundeswehr.
 - ehemaligen Angehörigen der Bundeswehr.
 - ehemaligen Angehörigen der NVA.

Im aktuellen bzw. ehemaligen Status

<input type="checkbox"/> Berufssoldat	<input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit	<input type="checkbox"/> Grundwehrdienstleistender
<input type="checkbox"/> Wehrübender	<input type="checkbox"/> Freiwillig Wehrdienstleistender	<input type="checkbox"/> Beamter/ Zivilangestellter
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

(dienstliche/berufliche) Verwendung / Tätigkeit:

- in der Wehrdienstzeit:

- im Einsatz (besondere Auslandsverwendung, sofern zutreffend):

- aktuell:

Persönliche Daten des/der

ERKRANKTEN / GESUNDHEITSGESCHÄDIGTEN / VERSTORBENEN:

Name:		<u>Privatanschrift:</u>		
Vorname:				
Dienstgrad *:				
Familienstand:				
Geburtsdatum bzw. Personenkennziffer *:		<u>Anschrift der Einheit (aktuell bzw. ehemalg):</u>		
Einheit *:				
(Wehr)dienstzeit: Diensteintritt (DE) - Dienstzeitende (DZE)*: <small>Eintrag bitte im Format TT.MM.JJJJ</small>	DE	DZE		
Wehrdienstverhältnis besonderer Art? Wenn ja, bitte Datum angeben, seit wann WDVbA	Ja	Nein	Datum:	
Sofern der /die geschädigte Person bereits verstorben ist, bitten wir um Angabe des Todestages:				

* = soweit noch bekannt

<u>Erreichbarkeit(en) für evtl. Rückfragen:</u>	
Telefon Festnetz:	
Telefon Mobil / Handy:	
E-Mail-Adresse:	
Sonstige (z.B. Fax):	

<u>Bankverbindung:</u>	
Bank:	
Bankleitzahl	
Kontonummer	
IBAN	
BIC (nur erforderlich , wenn Auslandskonto)	
Kontoinhaber/-in	

Persönliche Daten des Antragstellers / der Antragstellerin
des/der Bevollmächtigten

nur auszufüllen als Angehörige / Hinterbliebene
bzw. als bevollmächtigte Person (**Vollmacht** bitte in Kopie übersenden)

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Familienstand:	
Verhältnis zur erkrankten / gesundheitsgeschädigten Person:	

<u>Erreichbarkeit(en) für evtl. Rückfragen:</u>	
Telefon Festnetz:	
Telefon Mobil / Handy:	
E-Mail-Adresse:	
Sonstige (z.B. Fax):	

<u>Bankverbindung:</u>	
Bank:	
Bankleitzahl	
Kontonummer	
IBAN	
BIC (nur erforderlich , wenn Auslandskonto)	
Kontoinhaber	

Welche Gesundheitsstörungen werden im Zusammenhang mit den Tätigkeiten im Dienstverhältnis angeführt und wie sind diese entstanden?

Entsprechende Befunde / Arztberichte etc. sind als Kopie in Anlage beigefügt

Ja

Nein, weil:

Welche Tätigkeiten wurden **nach** dem Dienstverhältnis ausgeübt (sofern zutreffend)?

Härtefallpräzisierung

Darstellung des aktuellen Härtefalls bzw. zurückliegenden,
ggf. aber noch bestehenden Härtefalls:

Körperliche, berufliche oder finanzielle Einschränkungen: Worin bestanden / bestehen im Alltag Einschränkungen in der Lebensführung, sei es gesundheitlich oder auch finanziell?

Mit welchen Unterstützungsleistungen kann Ihnen Ihrer Einschätzung nach geholfen werden? Wie kann Ihnen konkret geholfen werden?

Sind bereits Anträge auf Anerkennung einer Wehrdienstbeschädigung, nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) oder anderer Bestimmungen bei der Versorgungsverwaltung, zur Hinterbliebenenversorgung im Rahmen der Beschädigtenversorgung oder ähnliches gestellt worden? Teilen Sie bitte das entsprechende Aktenzeichen und die zuständige Behörde mit und fügen Sie bitte eine Kopie der Bescheide bei, sofern diese bereits vorliegen.

- Liegen hierzu (rechtskräftige) Entscheidungen vor (bitte Kopien beifügen)?

- Welche Leistungen werden bei positiv beschiedenen Anträgen gewährt?

**Angaben zur Darstellung der wirtschaftlichen Lage /
zur Gesamtdarstellung der Lebensverhältnisse**

- Bitte machen Sie die Angaben für **alle** Familienangehörigen,
- für die eine Unterhaltspflicht besteht, bzw.
 - die **mit Ihnen zusammen in einer Bedarfsgemeinschaft leben.**

Die nachfolgenden Angaben sind zwingend erforderlich, um dem Vergabeausschuss eine **Gesamtdarstellung** der Lebensverhältnisse vorzustellen. Dabei sind alle Angaben zu den (regelmäßig) monatlich bzw. jährlich eingehenden Geldern aufzulisten.

*Zur steuerrechtlichen Betrachtung der Mildtätigkeit der Unterstützungsleistungen werden hierbei die Versorgungsbezüge (aus der Beschädigtenversorgung, Versorgungsämter, Wehrdienstbeschädigung, Unfallkasse Bund und Bahn etc.) **nicht** zum „Einkommen“ gerechnet. Geben Sie die Bezüge bitte dennoch zur Darstellung eines Gesamtbildes an.*

Netto-Einkommen in Euro			Ausgaben in Euro		
	monatlich	jährlich		monatlich	jährlich
Antragsteller(in)	€	€	Miete	€	€
Ehemann/ Ehefrau/	€	€	Strom	€	€
Lebenspartner			sonstige Nebenkosten		
Vater / Mutter *	€	€	Ehegattenunterhalt	€	€
Großeltern *	€	€	Kindesunterhalt	€	€
im Haushalt lebende Kinder (ggf. Rückseite nutzen, wenn mehr als drei Kinder)			<u>Versicherungen / sonstige (Sonder-) Ausgaben:</u>		
1. Kind; GebDatum:				€	€
Einkünfte o.ä.				€	€
2. Kind; GebDatum:				€	€
Einkünfte o.ä.				€	€
3. Kind; GebDatum:				€	€
Einkünfte o.ä.				€	€

* sofern im Haushalt / in der Bedarfsgemeinschaft lebend

Netto-Einkommen in Euro			Ausgaben in Euro		
	monatlich	jährlich		monatlich	jährlich
Kindergeld(er)	€	€	Kfz:		
Wohngeld / Lastenzuschuss	€	€	Kosten (Benzin, etc.)	€	€
Rente / Pension	€	€	Steuer	€	€
Unterhaltsicherung	€	€	Versicherung	€	€
Leistungen nach WDB, Soldatenversorgungsgesetz, o.ä.	€	€	Kommunikation / Sonstige:		
			Internet/ Telefon	€	€
Einnahmen aus Miete, Pacht	€	€	Zeitung(en)	€	€
ALG I / ALG II – Leistungen	€	€	Radio / Fernsehen	€	€
Zins- und Dividendenerträge	€	€	Sonstige:	€	€
Ehegattenunterhalt	€	€		€	€
Kindesunterhalt	€	€			
Sonstige (z.B. Sozialhilfe)	€	€		€	€
Angaben zum Vermögen (sofern zutreffend)			Kredite: (z.B. Hypotheken o.ä.)		
Grundbesitz (Eigenheim, Grundstück o.ä.): (Art) _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> selbst genutzt <input type="checkbox"/> vermietet			Kredit(e) für: _____ _____		
Bargeld / Sparvermögen o.ä. <input type="checkbox"/> Ja, vorhanden <input type="checkbox"/> Nein, nicht vorhanden _____ (bitte erläutern, sofern zutreffend)					

Übersicht / Summenzüge der Einkommen / Ausgaben	monatlich	jährlich
Gesamt-Einkommen aller im Haushalt lebender Personen	€	€
Gesamt-Summe Ausgaben	€	€
verbleibender Betrag für _____ Personen	€	€

Eine Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides ist beigelegt	<input type="checkbox"/>
Eine Bescheinigung des Finanzamtes über die Nichtveranlagung ist beigelegt.	<input type="checkbox"/>

Datenschutzrechtliche Einwilligung, Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name, Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers

geboren am /

geboren in

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

1. Ich erkläre hiermit die **Einwilligung im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes**, dass im Rahmen meines Antrages bei der Deutschen Härtefallstiftung

a) die in dem Antrag enthaltenen personenbezogenen Daten einschl. Gesundheitsdaten innerhalb der Deutschen Härtefallstiftung zur Bearbeitung und Entscheidung meines Antrags erhoben, verarbeitet und übermittelt werden.

b) die in dem Antrag enthaltenen personenbezogenen Daten einschl. Gesundheitsdaten an die zuständigen Versorgungsbehörden des Bundes und der Länder übermittelt werden, wenn und soweit dies erforderlich ist, um weitere für das Antragsverfahren erforderliche Auskünfte einzuholen.

c) meine personenbezogenen Daten einschl. Gesundheitsdaten, die in den zu mir geführten Versorgungsakten und sonstigen Behördenakten enthalten sind oder von den Versorgungsbehörden bei anderen Behörden oder sonstigen öffentlichen Stellen erhoben worden sind, an die Deutsche Härtefallstiftung übermittelt, dort verarbeitet und gespeichert werden. Interessenverbände und Vereine, deren sich der Antragsteller zur Unterstützung seiner Interessen bedient, sind damit ebenfalls eingeschlossen.

d) meine personenbezogenen Daten einschl. Gesundheitsdaten, die in dem Antrag enthalten sind oder die von den Versorgungsbehörden an die Deutsche Härtefallstiftung übermittelt worden sind, von der Deutschen Härtefallstiftung an andere Einrichtungen innerhalb der Bundeswehr (z.B. den Sozialdienst) übermittelt werden dürfen, wenn und soweit dies erforderlich ist, weitere Hilfen und Unterstützungen zu erreichen.

Die datenschutzrechtliche Einwilligung gilt auch für die personenbezogenen Daten minderjähriger Kinder, für die mir das Personensorgerecht zusteht, wenn und soweit für diese ebenfalls ein Antrag an die Deutsche Härtefallstiftung gerichtet wurde.

2. Ich **entbinde** die mit meinem Antrag an die Deutsche Härtefall-Stiftung und den antragsbegründenden Unterlagen befassten **Ärzte insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht**, als sie **Auskünfte an die Deutsche Härtefallstiftung** erteilen dürfen. Die Deutsche Härtefallstiftung darf die übermittelten Daten speichern und verarbeiten.

3. Mir ist bekannt, dass diese Erklärung freiwillig und jederzeit widerrufbar ist, ihr Fehlen jedoch dazu führen kann, dass die Deutsche Härtefallstiftung einen Antrag wegen unvollständiger Entscheidungsgrundlage ablehnen muss.

Hinweis:

Die Einverständniserklärung ist zusätzlich von allen volljährigen Familienmitgliedern auszufüllen und zu unterzeichnen, sofern für diese Familienmitglieder ebenfalls ein Antrag an die Deutsche Härtefallstiftung gerichtet wird. Die entsprechenden Kopien erstellen Sie in diesem Fall bitte selbst und fügen diese dem Antrag als Anlage bei.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller(in)

Abschließende Erklärung:

Hiermit bestätige ich abschließend die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich bin darüber hinaus mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten in der Deutschen Härtefallstiftung einverstanden.

Ich bin mir bewusst, dass Leistungen der Stiftung, die aufgrund wahrheitswidriger Angaben geleistet wurden, zurückzuzahlen sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Checkliste vor dem Versand (bitte **abschließend prüfen** und ankreuzen):

- alle Fragen dieses Antrages sind (soweit möglich und zutreffend) beantwortet
- alle vorgegebenen Felder des Antrages sind ausgefüllt
- die relevanten Befunde, Unterlagen zur Gesundheitsschädigung sind in Kopie als Anlage beigefügt
- die Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides (ggf. Bescheinigung zur Nichtveranlagung) ist beigefügt
- die ggf. erforderlichen Vollmachten sind beigefügt
- das Formular „Datenschutzrechtliche Einwilligung, Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht“ ist ausgefüllt und unterschrieben meinen Unterlagen beigefügt
- alle erforderlichen Unterschriften wurden geleistet

Bitte senden Sie Ihren Antrag und die erforderlichen Kopien an die folgende Anschrift:

Deutsche Härtefallstiftung

Haus 104

Postfach 1328

53003 Bonn