



Sozial- und Inklusionsamt

Fragebogen zur Prüfung vorrangiger Ansprüche

Antragsteller/in	
Name, Vorname	

1. Ist die Behinderung Folge

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| a) eines Unfalls? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| b) einer Wehrdienstschädigung? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| c) einer Zivildienstschädigung? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| d) einer Kriegsschädigung? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| e) eines Impfschadens? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| f) einer Gewalttat? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| g) einer Vergiftung? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| h) einer Vernachlässigung als Minderjähriger? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| i) eines sonstigen schädigenden Ereignisses? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |

Falls einer der o.g. Punkte zutrifft, machen Sie bitte nähere Angaben zum Stand des Verfahrens, z.B.:
Liegt ein Urteil oder ein Bescheid vor? Läuft das Verfahren noch? Wurde ein Antrag gestellt?

Bitte legen Sie ggf. vorhandene Unterlagen bei, z.B.: Bescheid über Leistungen des Sozialen Entschädigungsrechts (SGB XIV), Gerichtsurteil, Rentenbescheide, Polizeibericht usw.

2. Sind Sie Hinterbliebene(r) einer beschädigten Person aus Nr.1 c - h?

nein ja

3. Sind Sie Ehegatte, Kind oder Hinterbliebene(r) eines Wehrdienstbeschädigten?

nein ja

Falls ja legen Sie bitte entsprechende Unterlagen bei, z.B.: Bescheid des Sozial- und Inklusionsamtes.

4. Sind oder waren Sie oder ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt?

nein ja

Wer:	
Dienststelle:	
Bemerkungen/Sonstige Angaben:	

5. Erhalten Sie oder ein Elternteil Beihilfeleistungen oder stehen Ihnen solche zu?

nein ja

Wer:	
Dienststelle:	
Bemerkungen/Sonstige Angaben:	

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift