

## Antrag auf Gewährung einer Erholungshilfe gemäß § 27 b Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Ich beantrage die Gewährung einer Erholungshilfe für  Person / Personen

Name, Vorname	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Geburtsdatum	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input style="width: 95%;" type="text"/>
PLZ, Ort	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend
jetzige Beschäftigung	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Anrechenbares Einkommen des Antragstellers aus: (Bitte Nachweise beifügen)

	monatlich - € -		monatlich - € -
a) Arbeitsverdienst (netto)	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<b>Übertrag:</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
b) Arbeiterrente	<input style="width: 95%;" type="text"/>	k) Eink. aus selbst. Tätigkeit	<input style="width: 95%;" type="text"/>
c) Angest.-Rente	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Art der Tätigkeit	<input style="width: 95%;" type="text"/>
d) Witwenrente	<input style="width: 95%;" type="text"/>	l) Unterhaltshilfe/Entschädigungsrente nach LAG	<input style="width: 95%;" type="text"/>
e) Zusatzrente	<input style="width: 95%;" type="text"/>	m) Ruhegehalt/Witwengeld	<input style="width: 95%;" type="text"/>
f) Unfallrente	<input style="width: 95%;" type="text"/>	n) Arbeitslosengeld I	<input style="width: 95%;" type="text"/>
g) Knappschaftsrente, Idw. Altersgeld	<input style="width: 95%;" type="text"/>	o) Arbeitslosengeld II	<input style="width: 95%;" type="text"/>
h) Krankengeld	<input style="width: 95%;" type="text"/>	p) Kindergeld	<input style="width: 95%;" type="text"/>
i) Ausgleichsrente	<input style="width: 95%;" type="text"/>	q) Übergangsgeld	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Ehegattenzuschlag	<input style="width: 95%;" type="text"/>	r) Erg. Hilfe z. Lebensunterh.	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Kinderzuschläge	<input style="width: 95%;" type="text"/>	s) Sonstiges Einkommen (z. B. Miete, Pacht)	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Berufsschadensausgleich	<input style="width: 95%;" type="text"/>	t) Wohngeld	<input style="width: 95%;" type="text"/>
j) Elternrente	<input style="width: 95%;" type="text"/>	u) Sachleistungen	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Übertrag:</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	v) Sonstiges Einkommen	<input style="width: 95%;" type="text"/>
		<b>Gesamt:</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Angehörige (die sich im Haushalt des Beschädigten befinden)

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)	Verwandtschaftsverhältnis	geb. am	Beruf	mtl. Einkommen	Teilnahme am Erholungsaufenthalt	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Laufende Verpflichtungen und Vermögen:

(Bitte Nachweise beifügen)

	- € -		- € -
Miete für <input type="text"/> Räume	<input type="text"/>	Rentennachzahlung erhalten am <input type="text"/>	<input type="text"/>
Belastung des Eigenheimes (siehe Rentabilitätsberechnung)	<input type="text"/>	Bargeld	<input type="text"/>
Beiträge für Verbände (auf beigefügter Anlage eintragen) - <b>Gesamtsumme:</b>	<input type="text"/>	Sparkonto	<input type="text"/>
Versicherungen (auf beigefügter Anlage eintragen) - <b>Gesamtsumme:</b>	<input type="text"/>	Haus- und Grundbesitz Art: <input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Summe:</b>	<input type="text"/>		

Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber Urlaubsgeld?  ja  neinwenn ja, in welcher Höhe?  € (bitte Nachweis beifügen)Grad der Erwerbsminderung nach dem BVG/OEG/SVG:  v. H.

Kriegsblinder  Ohnhänder  Querschnittsgelähmter  sonstige Empfänger einer Pflegezul.  
 anerkannter Hirnbeschädigter  Gesichtsentstellter ab 50 v. H. MdE  Tbc-Beschädigter ab 50 v. H. MdE

Erholungsort: Dauer der Erholung  Tage bzw. von  bis Tagessatz (Verpflegung und Unterkunft pro Person:  €Kurtaxe:  €Fahrkosten 2. Klasse Deutsche Bahn:  €Fahrt mit eigenem PKW?  ja  neinErhalten Sie von anderer Stelle einen Zuschuss?  ja  NeinFalls ja, von welcher Stelle? ,  € täglich.Freie Begleitung im Schwerkriegsbeschädigtenausweis I oder II eingetragen  ja  neinWurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte übertragen?  ja  nein

Mir ist bekannt, dass ich zur Angabe des Vermögens und aller Einkünfte von mir und meinen Familienangehörigen verpflichtet bin (Datenerhebung gemäß § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I - (Allgemeiner Teil).

Zu Unrecht empfangene Leistungen der Kriegsofopferfürsorge sind von mir zu erstatten.

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet

Meine Bankverbindung lautet:

Kontonummer: BLZ: Bank:

_____ , _____ (Ort, Datum)	   (Unterschrift)
-------------------------------	----------------------------

**Einzelaufstellungen:**Beiträge für Verbände:

Verband:	monatlicher Beitrag in €
_____	_____
_____	_____
_____	_____
<b>Summe:</b>	_____

Versicherungen:

Art der Versicherung:	monatlicher Beitrag in €
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
<b>Summe:</b>	_____