

Merkblatt zur Beantragung von Leistungen der Contergan- stiftung für behinderte Menschen

Das Conterganstiftungsgesetz (ContStifG) eröffnet Ihnen die Möglichkeit, einen Antrag auf Leistungsgewährung bei der Stiftung zu stellen.

Voraussetzung dafür ist, dass Ihre Mutter während der Schwangerschaft thalidomidhaltige Präparate der Firma Grünenthal* eingenommen hat und Ihre körperlichen Fehlbildungen damit in Verbindung gebracht werden können.

Die Leistungen der Conterganrente umfassen:

- eine einmalige Kapitalentschädigung
- eine lebenslange monatliche Conterganrente
- eine jährliche Sonderzahlung.

Die Zahlung der Conterganrente beginnt frühestens mit dem Antragsmonat.

Wie werden die Leistungen beantragt?

Sie müssen die Leistungen schriftlich beantragen. Bitte verwenden Sie dazu unser Antragsformular.

Für die Entscheidung über Ihren Antrag ist es sehr wichtig, dass Sie möglichst viele Informationen darüber vorlegen, welche Medikamente Ihre Mutter während der Schwangerschaft eingenommen hat. Füllen Sie deshalb das Formular „Hintergrundbericht“ bitte sorgfältig aus und fügen Sie vorhandene Rezepte, Arztberichte und andere aussagefähige Stellungnahmen und Schreiben bei.

Bitte füllen Sie die Antragsunterlagen in deutscher Sprache aus. Fremdsprachliche Atteste und Gutachten müssen Sie übersetzt (beglaubigt) vorlegen.

Bitte führen Sie auf dem Formular „Angaben zu den Conterganschäden“ alle Schädigungen und medizinischen Befunde auf.

Die Kosten von Untersuchungen und Gutachten werden nicht übernommen.

Wer entscheidet über die Anträge?

Die Medizinische Kommission

- prüft und entscheidet anhand Ihrer Unterlagen, ob ein Schadensfall vorliegt
- bewertet den Schaden (nach Maßgabe der Conterganschadensrichtlinien).

Die medizinische Begutachtung ist arbeitsintensiv und kann einige Zeit dauern. Nach Abschluss des Verfahrens teilen wir Ihnen schriftlich das Ergebnis mit.

Der Stiftungsvorstand

- setzt auf der Grundlage der Entscheidung und Bewertung der Medizinischen Kommission die Leistungen fest
- beauftragt die Geschäftsstelle auf Grund seiner Entscheidung einen Bescheid zu erlassen.

Rechtliche Grundlagen für die Leistungen der Conterganstiftung:

- § 12 ContStifG regelt, wer leistungsberechtigt ist
- § 13 ContStifG legt Art und Umfang der Leistungen fest
- § 16 ContStifG beschreibt das Verfahren

Auskünfte gibt die

Geschäftsstelle der
Conterganstiftung für behinderte Menschen
Sibille-Hartmann-Straße 2-8
50969 Köln
Deutschland

Telefon: +49 (0)221 3673-3673

Fax: +49 (0)221 3673-3636

E-Mail-Adresse: geschaeftsstelle@contergan.bund.de

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.conterganstiftung.de

Dort finden Sie die Formulare, das Conterganstiftungsgesetz und die Richtlinien zur Leistungsgewährung.

An die
Conterganstiftung für behinderte Menschen
Sibille-Hartmann-Str. 2-8
D - 50969 Köln

DEUTSCHLAND

ANTRAG

Ich,, geb. am

wohnhaft in

Straße und Haus-Nr.:

Postleitzahl und Ort :

Land:

beantrage die Bewilligung und Zahlung von

1. einmaliger Kapitalentschädigung
2. lebenslanger monatlicher Conterganrente

nach § 13 des Gesetzes über die Conterganstiftung für behinderte Menschen.

Im Bewilligungsfalle überweisen Sie die Zahlungen bitte auf folgendes Konto:

Konto-Nr.:

Konto-Inhaber:

Bank:

Bankleitzahl:

Folgende Unterlagen / Angaben füge ich meinem Antrag bei:

1. Identitätsnachweis / Lebensbescheinigung auf vorgegebenem Vordruck
2. Hintergrundbericht zur vermuteten Conterganschädigung nebst etwaiger Anlagen
3. Angaben zu den vermuteten conterganbedingten Schädigungen auf beigefügtem Vordruck und Medizinische Nachweise zur Belegung der unter 3. geltend gemachten Schädigungen (ärztliche Befunde, Klinikberichte, Röntgenaufnahmen etc.)

....., den
(Ort) (Datum) (Unterschrift Antragstellerin / Antragsteller)

Ergänzung im Fall einer amtlich verfügten Betreuung in Sachen der Vermögenssorge

Erklärung der mit der Vermögenssorge betrauten Person:

Ich stelle den oben aufgeführten Antrag für die von mir betreute Person

.....
(Name der betreuten Person)

Den Nachweis meiner Berechtigung zur Wahrnehmung der Interessen der oben angegebenen Person lege ich als **Anlage im Original oder als beglaubigte Fotokopie** bei (Betreuerausweis oder vergleich bar).

....., den

(Ort)

(Datum)

.....
(Name, Wohnort / Sitz der Betreuerin / des Betreuers)

.....
(Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers)

Anlagen

1. Identitätsnachweis / Lebensbescheinigung
2. Hintergrundbericht zur vermuteten Conterganschädigung
3. Aufstellung der vermuteten conterganbedingten Schädigungen und Medizinische Nachweise zur Belegung der conterganbedingten Schädigungen

Conterganstiftung für behinderte Menschen

Stiftung des öffentlichen Rechts

Conterganstiftung
für behinderte Menschen
Sibille-Hartmann-Str. 2-8
50969 Köln

Identitätsnachweis / Lebensbescheinigung

Bestätigung durch das Einwohnermeldeamt
(gebührenfrei, da für Rentenzwecke)

Die Zahlung der Rente der Conterganstiftung für behinderte Menschen
(§§ 12, 13 Abs. 2 und 3 des ContStifG vom 13. Oktober 2005 – ContStifG –
(BGBl. I S. 2967 – 2970) i. d. F. des 2. Änderungsgesetzes zum
Conterganstiftungsgesetz vom 25. Juni 2009 (BGBl. Jahrgang 2009, Teil I, Nr.
35, Seite 1537) **setzt voraus, dass der/die Berechtigte lebt.**

Es wird hiermit bestätigt, dass Frau/Herr

Nachname:

Vorname:

geb. am:

Nationalität:

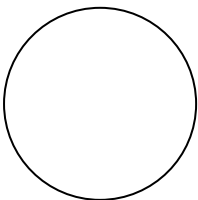
als wohnhaft gemeldet ist in:

.....

.....

und heute noch lebt.

.....
(eigenhändige Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin)



Dienstsiegel

.....
(Ort, Datum)

.....
(Einwohnermeldeamt)

Hintergrundbericht zur vermuteten Conterganschädigung

Bitte machen Sie hier – soweit möglich – Angaben zu der Einnahme thalidomidhaltiger Präparate der Firma Grünenthal GmbH durch Ihre Mutter während der Schwangerschaft. Welche Präparate wurden eingenommen? Wann wurden diese eingenommen? Fügen Sie ggf. vorhandene Rezepte, Arzt- oder Klinikberichte oder andere sachdienliche Stellungnahmen, Berichte oder Schreiben dritter Stellen bei.

Antragstellerin / Antragsteller:

Nachname:

Vorname:

geb. am:

Hintergrundbericht:

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift Antragstellerin / Antragsteller)

Angaben zu den Conterganschäden

Bitte machen Sie hier Angaben zu den bei Ihnen diagnostizierten Schädigungen, die Sie mit der Einnahme thalidomidhaltiger Präparate der Firma Grünenthal GmbH durch Ihre Mutter während der Schwangerschaft in Verbindung bringen. Belegen Sie diese Schädigungen bitte durch Beifügung von ärztlichen oder klinischen Befunden, Röntgenaufnahmen und anderen sachdienlichen medizinischen Unterlagen.

Antragstellerin / Antragsteller:

Nachname:

Vorname:

geb. am:

Zu den thalidomidbedingten Schäden

1. Orthopädische Schädigungen

2. Innere Schädigungen

3. Hals-, Nasen- und Ohrenschädigungen

4. Augenschädigungen

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Antragsteller / Antragstellerin)

Verzichtserklärung gemäß § 15 ContStifG

§ 15 des Gesetzes über die Conterganstiftung für behinderte Menschen lautet:

- (1) Haben die leistungsberechtigte Person oder ihre gesetzlichen Vertreter ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzes, so erhalten sie Leistungen nach den Vorschriften dieses Gesetzes nur dann, wenn sie vorher schriftlich erklären, dass sie auf die Geltendmachung etwaiger Ansprüche gegen die Grünenthal GmbH, deren Gesellschafterinnen und Gesellschafter, Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer und Angestellte, die auf die Einnahme thalidomidhaltiger Präparate zurückgeführt werden, unwiderruflich verzichten,
- (2) Auf die Leistungen nach diesem Gesetz werden Zahlungen angerechnet, die wegen der Einnahme thalidomidhaltiger Präparate bereits von anderen möglicherweise Verantwortlichen geleistet worden sind.

Antragstellerin / Antragsteller:

Nachname:

Vorname:

geb. am:

Ich habe bei der Conterganstiftung für behinderte Menschen einen Antrag auf Leistungsgewährung nach § 13 des Conterganstiftungsgesetzes gestellt.

1. Verzichtserklärung

Hiermit erkläre ich **unwiderruflich**, dass ich auf die Geltendmachung etwaiger Ansprüche gegen die Grünenthal GmbH, deren Gesellschafterinnen und Gesellschafter, Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer und Angestellte, die auf die Einnahme thalidomidhaltiger Präparate zurückgeführt werden, **verzichte**.

2. Erklärung über von anderen möglicherweise Verantwortlichen geleistete Zahlungen

Hiermit erkläre ich verbindlich,

- folgende Zahlungen von anderen möglicherweise Verantwortlichen wegen der Einnahme thalidomidhaltiger Präparate erhalten zu haben:

Bezeichnung des Zahlenden (zahlende Stelle):

.....

Zahlungen:

- keine** Zahlungen von anderen möglicherweise Verantwortlichen wegen der Einnahme thalidomidhaltiger Präparate erhalten zu haben

....., den

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift Antragstellerin / Antragsteller)