

## I. Allgemeine Angaben

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		PLZ	Wohnort
E-Mail (dienstl.)		Telefon (dienstl.)	
E-Mail (privat)		Telefon/Handy (privat)	Telefax (privat)
Dienststelle	Amts-/Berufs- bezeichnung	Besoldungs-/ Entgeltgruppe	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit      %

## II. Angaben zum Rechtsschutzfall

Datum des Vorfalls, Kurzbezeichnung, ggf. mit Angabe des Aktenzeichens (Bsp.: KV im Amt, Beurteilung, Beförderung etc.)	
<b>Rechtsschutzbegehren (Zutreffendes bitte ankreuzen):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Arbeitsrecht</li> <li><input type="checkbox"/> Beihilfe</li> <li><input type="checkbox"/> Besoldung</li> <li><input type="checkbox"/> Beurteilung</li> <li><input type="checkbox"/> Dienstunfall(-fürsorge)</li> <li><input type="checkbox"/> Disziplinarverfahren</li> <li><input type="checkbox"/> Entlassung</li> <li><input type="checkbox"/> Ordnungswidrigkeitsverfahren</li> <li><input type="checkbox"/> Polizeidienstunfähigkeit</li> <li><input type="checkbox"/> Ruhestandsversetzung</li> <li><input type="checkbox"/> Schadensersatz/Schmerzensgeld</li> <li><input type="checkbox"/> Stellenbesetzung</li> <li><input type="checkbox"/> Strafverfahren</li> <li><input type="checkbox"/> Unterlassung</li> <li><input type="checkbox"/> Versorgung</li> <li><input type="checkbox"/> Wegeunfall</li> <li><input type="checkbox"/> Sonstiges:</li> </ul>	
<b>Fristsache</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bescheid erhalten am:

**Rechtliche Vertretung** (Bitte eine Auswahl treffen!):

- Ein Rechtsanwalt soll mir von der **DPoIG** gestellt werden.
- Ich möchte von folgendem Rechtsanwalt vertreten werden:

Name, Anschrift, E-Mail-Adresse und Telefonnummer (Angaben zwingend erforderlich!)

**Genaue Sachverhaltsschilderung** (Verfahrenswichtige Unterlagen beifügen!)**Bei Geltendmachung von Schmerzensgeld unbedingt beifügen:**

- Name und Anschrift des Schädigers
- ärztliche Atteste
- nähere Angaben über Verletzungen und deren Behandlung, Abklingen oder Fortdauer gesundheitlicher Beschwerden, Lichtbilder
- Dauer der Dienstunfähigkeit
- versäumte DUZ-Zeiten.

Mir ist bekannt, dass bis zum Erhalt einer Kostendeckungszusage durch die Deutsche Polizeigewerkschaft (**DPoIG**), Landesverband Bayern e.V., alle davor eingeleiteten Maßnahmen meinem eigenen Kostenrisiko unterliegen. Vor der Rechtsschutzgewährung muss ich Rechtsbehelfe und Rechtsmittel selbst einlegen, wenn dies zur Fristwahrung erforderlich ist. Ich erkläre, dass ich die Rechtsschutzordnung der Deutschen Polizeigewerkschaft (**DPoIG**), Landesverband Bayern e.V., anerkenne.

Ich bin damit einverstanden, dass die Deutsche Polizeigewerkschaft (**DPoIG**), Landesverband Bayern e.V., die für die Bearbeitung des Rechtsschutzfalles notwendigen personenbezogenen Daten und Verfahrensunterlagen speichert und verarbeitet sowie dem von der **DPoIG** gestellten oder dem von mir benannten Rechtsanwalt übermittelt. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

---

 Ort

---

 Datum

---

 Unterschrift des Antragstellers