



**Antrag auf Leistungen für Entschädigungsberechtigte nach dem Vierzehnten
Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung (SGB XIV)**

Gewalttaten §§ 13, 14 SGB XIV

| | |
|--|---|
| Hier bitte Name / Adresse der Versorgungsbehörde eintragen | Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde |
| Landratsamt Heidenheim Fachbereich Gesundheit Soziales Entschädigungsrecht Felsenstr. 36 89518 Heidenheim | |

1. Art des Antrags

| | |
|-----------------|--|
| Art des Antrags | <input type="checkbox"/> Erstantrag als geschädigte Person <input type="checkbox"/> Erstantrag als hinterbliebene Person <input type="checkbox"/> Erstantrag als angehörige oder nahestehende Person <input type="checkbox"/> Änderungsantrag |
|-----------------|--|

2. Beantragende Person

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers | <input type="checkbox"/> Ich für mich selbst oder für uns <input type="checkbox"/> Ich für mein Kind <input type="checkbox"/> Ich als gerichtliche Betreuung für meine betreute Person <input type="checkbox"/> Ich als Bevollmächtigte/r für die durch mich vertretene Person <input type="checkbox"/> Sonstige |
|---|--|

3. Angaben zur antragstellenden Person

| | | | | |
|---------------------------------|-------------|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Doktorgrade | Familiename | Vornamen | | |
| Geburtsdatum | | Geburtsort | | |
| Geschlecht | | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> divers |
| Wo befindet sich die Anschrift? | | <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland | | |
| Straße | | Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| Adresszusatz | | | | |
| Postfach | | Postleitzahl | | Ort |
| Auslandsanschrift | | Staat | | |
| Telefonnummer | | E-Mail-Adresse | | |



4. Angaben zur Betreuungsperson oder Bevollmächtigten

| | | | |
|---|----------------|--|-----|
| Familiennamen | | Vornamen | |
| Name des Unternehmens, Vereins, oder einer sonstigen Organisation | | | |
| Beziehung zur antragstellenden Person | | | |
| Wo befindet sich die Anschrift? | | <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland | |
| Straße | Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| Adresszusatz | | | |
| Postfach | Postleitzahl | | Ort |
| Auslandsanschrift | Staat | | |
| Telefonnummer | E-Mail-Adresse | | |

5. Angaben zur verstorbenen Person (nur als hinterbliebene Person auszufüllen)

| | | | |
|--|--------------|--|---|
| Familiennamen | | Geburtsnamen | |
| Vornamen | | | |
| Geburtsdatum | | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | |
| Letzter Wohnsitz/gewöhnlicher Aufenthalt | | <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland | |
| Straße | Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| Adresszusatz | | | |
| Postfach | Postleitzahl | | Ort |
| Auslandsanschrift | Staat | | |
| Staatsangehörigkeit | | | |
| Sterbedatum | | Sterbeort | |
| Todesursache | | | |
| Hat die verstorbene Person vor ihrem Tod soziale Entschädigungsleistungen bezogen? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Verhältnis zur verstorbenen Person | | <input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerverhältnis <input type="checkbox"/> Kindschaftsverhältnis | |
| | | <input type="checkbox"/> Elternschaftsverhältnis <input type="checkbox"/> Sonstige | |
| Sonstiger Familienstand: | | | |
| Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwenverhältnis/Witwerverhältnis“ auszufüllen) | | | |
| Datum der Eheschließung | | Ort der Eheschließung | |
| Wurde die Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |



| | | | | |
|---|--|--|--------------|-----|
| Sind Sie nach dem Tod der verstorbenen Person noch weitere Ehen eingegangen? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Angaben für Waisen und Halbwaisen (nur bei Auswahl „Kindschaftsverhältnis“ auszufüllen) | | | | |
| Sind Sie durch den Sterbefall Waise oder Halbweise geworden? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Kindschaftsverhältnis zur verstorbenen Person | | <input type="checkbox"/> Ehelich <input type="checkbox"/> Nichteelich <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind | | |
| Familiename der gesetzlichen Vertretung | | Vornamen der gesetzlichen Vertretung | | |
| Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Halbweise“ und „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen) | | | | |
| Familiename | | Vornamen | | |
| Wo befindet sich die Anschrift? | | <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland | | |
| Straße | | Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| Adresszusatz | | | | |
| Postfach | | Postleitzahl | Ort | |
| Auslandsanschrift | | Staat | | |
| Geburtsdatum | | Geburtsort | | |
| Staatsangehörigkeit | | | | |
| Hat der andere Elternteil weitere Kinder? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Andere Ansprüche | | | | |
| Wurden oder werden aus Anlass des Todes bereits laufende oder einmalige Leistungen gewährt oder beantragt? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Name der Behörde | | Aktenzeichen/Geschäftszeichen | | |
| Straße | | Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| Adresszusatz | | | | |
| Haben Sie oder hatte die verstorbene Person Anspruch auf Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Name der Rentenversicherung | | Aktenzeichen/Geschäftszeichen | | |
| Straße | | Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| Anschrift Zusatzangaben | | | | |

6. Angaben zur geschädigten Person (nur als angehörige oder nahestehende Person auszufüllen)

| | | | |
|---------------------------------|--|--|--|
| Familiename | | Geburtsname | |
| Vornamen | | | |
| Geburtsdatum | | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | |
| Wo befindet sich die Anschrift? | | <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland | |



| | | | |
|---------------------|------------|--------------|-----|
| Straße | Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| Adresszusatz | | | |
| Postfach | | Postleitzahl | Ort |
| Auslandsanschrift | | Staat | |
| Geburtsdatum | | Geburtsort | |
| Staatsangehörigkeit | | | |

7. Angaben zur Gewalttat

| | | | |
|---|---|---|-----|
| Tatzeit (Datum) | | Tatzeit (Uhrzeit) | |
| Tatzeitraum beziehungsweise Tatzeiträume | | | |
| Tatort | <input type="checkbox"/> Private Wohnung oder Haus | | |
| | <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz Name und Anschrift des Arbeitgebers: | | |
| | <input type="checkbox"/> Schule, Ausbildungs- oder Betreuungseinrichtung Name und Anschrift der Einrichtung: | | |
| | <input type="checkbox"/> Weg zum/vom Arbeitsplatz oder zur/von Schule, Ausbildungs- oder Betreuungseinrichtung | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiger Geschehensort: | | | |
| Angaben zur Strafanzeige | | | |
| Wurde Strafanzeige erstattet? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Name der Behörde | | | |
| Straße | Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| Adresszusatz | | | |
| Postfach | | Postleitzahl | Ort |
| Datum der Strafanzeige | | Aktenzeichen/Geschäftszeichen | |
| Warum wurde keine Strafanzeige erstattet? | | | |



| | | | |
|--|---|---|-------------------------------|
| | | | |
| Zu welchen körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen hat die Gewalttat geführt? | | | |
| Liegen diese körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen heute noch vor? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Welche körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen liegen heute noch vor? | | | |
| Wurden durch die Gewalttat am Körper getragene Hilfsmittel beschädigt? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Welche Hilfsmittel wurden durch die Gewalttat beschädigt? | | | |
| Form der Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Privat versichert <input type="checkbox"/> Nicht versichert | | | |
| Name der Krankenversicherung | | | |
| Straße | Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| Adresszusatz | | | |
| Postfach | | Postleitzahl | Ort |
| Mitgliedschaft seit (Datum) | | Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer | |
| Frühere Krankenkasse | | | |
| Welche der genannten Gesundheitsstörungen bestanden bereits zuvor? | | | |
| Waren Sie aufgrund der bestehenden Gesundheitsstörungen schon in ärztlicher Behandlung oder in Krankenbehandlung? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Waren Sie aufgrund der Folgen des schädigenden Ereignisses in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> Stationärer Behandlung <input type="checkbox"/> Ambulanter Behandlung <input type="checkbox"/> Ich war nicht in Behandlung | | |



9. Bankverbindung

| | |
|--------------|--------------|
| Kontoinhaber | IBAN |
| BIC | Geldinstitut |

10. Sonstige Angaben

| | | | |
|--|---|-------------------------------|---|
| Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten | | | |
| Haben Sie wegen der Gesundheitsschädigungen, für die Sie hiermit Leistungen beantragen, Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten angemeldet? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Von welcher weiteren Stelle oder Einrichtung haben Sie weitere Leistungen beantragt? | <input type="checkbox"/> Unfallversicherung | | |
| | <input type="checkbox"/> Krankenversicherung | | |
| | <input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung | | |
| | <input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit | | |
| | <input type="checkbox"/> Täterin oder Täter (Schadensersatz/Schmerzensgeld) | | |
| | <input type="checkbox"/> Ausländischen Entschädigungssystemen | | |
| | <input type="checkbox"/> Sonstige Leistungsträger: | | |
| Name der Stelle oder der Einrichtung | | Aktenzeichen/Geschäftszeichen | |
| Straße | Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| Adresszusatz | | | |
| Postfach | | Postleitzahl | Ort |
| Leistungen zur Teilhabe und Besondere Leistungen im Einzelfall | | | |
| <u>Hinweis zu weiteren Leistungen des SGB XIV Kapitel 6 und Kapitel 11:</u> Aufgrund der von Ihnen gemachten Angaben in diesem Antrag werden auch mögliche Ansprüche auf Leistungen der Teilhabe (Kapitel 6) und Besondere Leistungen im Einzelfall (Kapitel 11) geprüft. Die zuständige Behörde wird in diesem Fall Kontakt zu Ihnen aufnehmen, ggf. weitere Unterlagen oder Nachweise anfordern und das weitere Vorgehen mit Ihnen abstimmen. | | | |
| Fühlen Sie sich durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge des schädigenden Ereignisses in Ihrem Beruf beeinträchtigt? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Interesse an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| An welchen Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben Sie Interesse? | | | |
| Fühlen Sie sich durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge des schädigenden Ereignisses in Ihrer alltäglichen Lebenssituation oder im Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Sozialen Teilhabe? | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |



| | |
|--|---|
| An welchen Maßnahmen zur Sozialen Teilhabe haben Sie Interesse? | |
| Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Bildung? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| An welchen Maßnahmen der Bildung haben Sie Interesse? | |
| Haben Sie Interesse an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| An welchen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation haben Sie Interesse? | |
| Angaben zur Behinderung | |
| Wurde eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name der Behörde | Aktenzeichen/Geschäftszeichen |
| Antrag auf Versorgung | |
| Haben Sie bereits einen Antrag auf Versorgung gestellt und beziehen gegebenenfalls Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), Häftlingsgesetz (HHG), Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG), Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) beziehungsweise Vierzehnten Sozialgesetzbuch (SGB XIV)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name der Behörde | Aktenzeichen/Geschäftszeichen |
| Unterstützung bei der Antragstellung | |
| Haben Sie Unterstützung bei der Antragstellung erhalten? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wer hat Sie bei der Antragstellung unterstützt? | |

