

Antrag auf Leistungen für Gewaltopfer

nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)

Hier bitte Name / Adresse der Versorgungsbehörde eintragen

.....

.....

.....

.....

Bitte Feld frei lassen für Eingangsvermerk der Behörde

I. Angaben zur Person

1. <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname:	Geburtsname oder früherer Name:	
.....		
2. Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ), Geburtsort:	3. *Freiwillige Angaben	
.....	Telefonnummer (tagsüber):*	
.....	E-Mail-Adresse:*	
4. Familienstand	seit:	Zahl der Kinder:	
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben	
5. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt:	Straße und Hausnummer:	Postleitzahl:	Wohnort:
.....
6. Staatsangehörigkeit:	<u>Falls Sie ausländische(r) Antragsteller/Antragstellerin aus einem Nicht-EU-Mitgliedsstaat sind:</u>		
.....	<input type="checkbox"/> in der Bundesrepublik Deutschland ununterbrochen wohnhaft seit:		
(Bitte fügen Sie eine Kopie des Personalausweises / Reisepasses bei)	<input type="checkbox"/> Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland seit:		
	(Bitte fügen Sie ggf. eine Kopie Ihres Aufenthaltsgenehmigungs- bzw. Aufenthaltsgestattungsnachweises bei)		
7. <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter / gesetzliche Vertreterin	ODER	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter / Bevollmächtigte	
<input type="checkbox"/> Betreuer / Betreuerin	(Bitte fügen Sie eine Kopie der Vollmacht bei)		
Name, Vorname und Anschrift:			
.....			
.....			
.....			
(Bitte fügen Sie eine Kopie der Bestellungsurkunde bzw. des Betreuerausweises bei)			

II. Angaben zur Gewalttat*

1. Tatzeit (soweit möglich: Uhrzeit, Tag, Monat, Jahr):	
2. Tatort (soweit möglich: Ortsbeschreibung, z. B. Ort, Straße, Hausnummer, Wohnung): <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Weg zum / vom Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Schule / Ausbildungs-/ Betreuungseinrichtung <input type="checkbox"/> Weg zu / von Schule / Ausbildungs-/ Betreuungseinrichtung Bitte geben Sie Name und Anschrift Ihres Arbeitgebers / Ihrer Ausbildungseinrichtung / Ihrer zuständigen Berufsgenossenschaft / Unfallkasse an: <input type="checkbox"/> sonstiger Tatort	
3. Ist Strafanzeige erstattet worden? <input type="checkbox"/> ja bei: am (Datum): <input type="checkbox"/> nein, Gründe (bitte erläutern)** Aktenzeichen: <input type="checkbox"/> Ich mache von meinem gesetzlichen Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch <input type="checkbox"/> keinen Gebrauch	
4. Name und Anschrift - soweit bekannt <input type="checkbox"/> des Täters / der Täter / der Täterin/nen: <input type="checkbox"/> weiterer Tatbeteiligter: <input type="checkbox"/> von Tatzeugen: <input type="checkbox"/> von Ersthelfern:	
5. Hat ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren / gerichtliches Verfahren stattgefunden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: Aktenzeichen:	
6. Tathergang (<u>Bitte schildern Sie den wesentlichen Ablauf der Gewalttat; statt dessen können Sie auch eine Kopie des Strafantrags und / oder des Polizeiprotokolls beifügen</u>) <input type="checkbox"/> Ich kann hierzu zur Zeit keine Angaben machen	

*Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.

**Nach dem OEG sind Sie verpflichtet, das Ihnen Mögliche zur Sachverhaltsaufklärung und Verfolgung des Täters / der Täterin beizutragen. Dazu gehört grundsätzlich die Erstattung einer Strafanzeige. Gemäß § 52 der Strafprozessordnung besteht ein gesetzliches Zeugnisverweigerungsrecht für Verlobte, Ehegatten und Lebenspartner des Beschuldigten, auch wenn die Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht sowie mit dem Beschuldigten in gerader Linie verwandte oder verschwägte Personen (z. B. Eltern, Großeltern), bzw. in der Seitenlinie bis zum dritten Grad verwandte oder bis zum zweiten Grad verschwägte Personen (z. B. Geschwister, Onkel, Tante).

III. Angaben zu Gesundheitsstörungen / Schädigungen

1. Zu welchen körperlichen und / oder seelischen Gesundheitsstörungen hat die Gewalttat geführt?*
.....
2. Liegen diese heute noch vor?*
<input type="checkbox"/> ja, folgende: <input type="checkbox"/> nein
.....
3. Nur in Ausnahmefällen: Möchten Sie bereits vor der Entscheidung über diesen Antrag vorläufige Leistungen der Heilbehandlung erhalten (z. B. Zahnbehandlung, psychische Soforthilfe)?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte begründen*)
4. Wurden durch die Gewalttat am Körper getragene Hilfsmittel beschädigt (z. B. Brille, Hörgerät, Zahnersatz)?
<input type="checkbox"/> ja, folgende: <input type="checkbox"/> nein
5. Sind Sie krankenversichert?
<input type="checkbox"/> ja falls ja: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
<input type="checkbox"/> nein
derzeitige Krankenkasse: Mitglied seit:
ggf. frühere Krankenkasse:

IV. Angaben zu ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlungen

1. Stationäre Behandlung wegen der Folgen der Gewalttat*
von-bis: Name, Anschrift des Krankenhauses und / oder der Reha-Einrichtung: Abteilung / Station:
.....
2. Ambulante Behandlung wegen der Folgen der Gewalttat*
von-bis: Name, Anschrift Hausarzt / behandelnde(r) Arzt / Ärztin / Psychotherapeut/in: ggf. Fachrichtung:
.....
3. Welche der unter Ziffer III geltend gemachten Gesundheitsstörungen / Schädigungen haben bereits vor der Gewalttat bestanden (ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung)?*
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> folgende:
Name, Anschrift Arzt / Ärztin / Psychotherapeut/in: Behandlung von - bis: wegen welcher Gesundheitsstörung / Schädigung:
.....
.....

V. Angaben zur beruflichen Situation

1. Beruf / Tätigkeit, ggf. Studium vor der Gewalttat:
2. Fühlen Sie sich durch die Folgen der Gewalttat in Ihrer Berufsausübung beeinträchtigt?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja In welcher Form (bitte begründen*)?

*Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.

VI. Sonstige Angaben

1. Haben Sie wegen der Folgen der Gewalttat Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten?

nein ja

Falls ja, gegenüber

Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft, private Unfallversicherung) Krankenversicherung
 dem Täter / der Täterin (Schadensersatz / Schmerzensgeld) gesetzlicher Rentenversicherung
 ausländischen Entschädigungssystemen sonstigen Leistungsträgern?

2. Falls Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten besteht: Haben Sie diese Ansprüche bereits geltend gemacht?

Bitte fügen Sie ggf. Belege bei.

ja, gegenüber Name, Anschrift des Leistungsträgers oder Gerichts:

.....
.....

nein (**bitte begründen***)

.....
.....

3. Beziehen Sie bereits Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz, Häftlingshilfegesetz, Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz, Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz)?

nein ja zuständige Behörde: Aktenzeichen:

.....

4. Liegt eine anerkannte Behinderung vor?

nein ja zuständige Behörde: Aktenzeichen:

.....

5. Falls es zu einer Geldleistung kommt, soll diese auf folgendes Konto überwiesen werden:

BIC: IBAN:

Geldinstitut: Kontoinhaber/in:

6. Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:

.....
.....

7. Bei der Antragstellung hat mich unterstützt (z. B. Opferhilfeorganisation, Polizei, Psychotherapeut/in):

.....

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Versorgung nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten gestellt habe.

Ort, Datum:

Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters / der Vertreterin oder des Betreuers / der Betreuerin:

.....

*Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.

Ich habe Kenntnis, dass

- die Behörde gemäß § 5 OEG in Verbindung mit § 81a des Bundesversorgungsgesetzes grundsätzlich verpflichtet ist, Schadensersatzansprüche gegen den oder die Täter/in/nen geltend zu machen. In diesem Zusammenhang muss sie den / die Täter / in / nen frühzeitig von meiner Antragstellung in Kenntnis setzen. Sollte ich dies nicht wünschen, werde ich auf dem anliegenden Zusatzblatt die Gründe darstellen. Die Behörde wird dann prüfen, ob erhebliche Nachteile für mich zu befürchten sind und deshalb auf Schadensersatzansprüche verzichtet werden kann. Bei Minderjährigen kann die Gefährdung des Kindeswohls einen entsprechenden Grund bedeuten;
- meine Schadensersatzansprüche gegen den / die Täter / in / nen mit Ausnahme von Schmerzensgeldansprüchen kraft Gesetz auf die zuständige Behörde übergehen und ich daher keine Vereinbarungen hierzu (z. B. Vergleiche) mit dem Täter / der Täterin / den Tätern / Täterinnen oder deren Versicherungen treffen darf.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Behörde mit diesem Verfahren nach dem OEG zugänglich gemacht worden sind,

- erfasst und gespeichert werden (§ 67c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X) und
- den Gutachterinnen und Gutachtern, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen Begutachtung beauftragt worden sind,
- den Hauptfürsorgestellen,
- den anderen Sozialleistungsträgern für deren eigene gesetzliche soziale Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 35 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)
- sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit

übermittelt werden dürfen. **Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann** (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).

Einverständniserklärung

Soweit ich keine für die Anspruchsprüfung erforderlichen Unterlagen beifüge, wird die zuständige Behörde den Sachverhalt von Amts wegen aufklären.

Ich erkläre mich daher insbesondere mit der Beziehung folgender Unterlagen einverstanden:

- polizeiliche Ermittlungsunterlagen, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Jugendamtsakten
- erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärzten, Psychologen, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden - auch soweit sie von anderen Ärzten / Ärztinnen oder Stellen erstellt worden sind - allerdings nur in dem Umfang, wie sie Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände geben können.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren, für ein sich ggf. anschließendes Überprüfungs- / Widerspruchsverfahren sowie für das Verfahren zur Durchsetzung der auf das Land übergegangenen Schadensersatzansprüche.

Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich entbinde die behandelnden und beteiligten Ärzte/Ärztinnen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

- ja
- nein
- von dieser Einverständniserklärung schließe ich ausdrücklich aus:

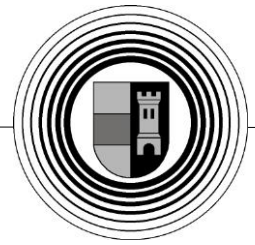
.....
- bitte Arzt/Ärztin, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen -

Ort, Datum:

Unterschrift für Einverständniserklärung:

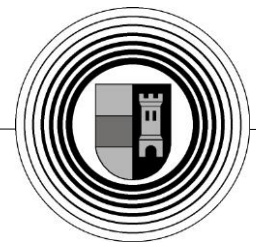
.....

.....



Zusatzblatt 2 zum Antrag auf Leistungen für Gewaltopfer von Herrn/Frau

A series of horizontal dotted lines for text entry, providing space for the applicant to provide details for the application.



Hinweise zum Datenschutz

Informationen zur Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 (EU-Datenschutz-Grundverordnung – DS-GVO) und zum Schutz der Sozialdaten nach dem 2. Kapitel des Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - (SGB X):

Ihre Angaben (Daten) werden für die Prüfung Ihres Antrages auf benötigt

Ihre Angaben sind freiwillig. Sie sind jedoch nach § 60 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet, das heißt, Sie müssen die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben machen und Ihre Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte geben. Versorgungsleistungen können nach § 66 SGB I versagt oder entzogen werden bzw. kann der Antrag abgelehnt werden, wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen.

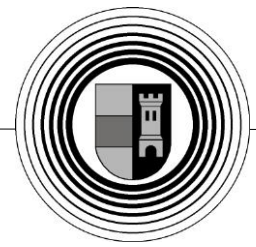
Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Daten zur Prüfung eines Versorgungsanspruchs und ggf. zur Gewährung von Versorgungsleistungen mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden.

Die Akten werden möglicherweise einem Arzt außerhalb der Verwaltung zur Begutachtung zugeleitet. Sie können einer solchen Zuleitung an Ärzte außerhalb der Verwaltung **widersprechen**.

Ihre Rechte:

- Sie können Auskunft über Ihre gespeicherten Daten verlangen.
- Sie können eine kostenlose Kopie dieser Daten verlangen.
- Sie können eine Berichtigung Ihre Daten verlangen, sofern diese unrichtig sind.
- Sie können verlangen, Ihre Daten zu vervollständigen, sofern sie unvollständig sind.
- Sie können eine Löschung Ihrer Daten verlangen, sofern sie nicht mehr benötigt werden.
- Sie können verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten unter bestimmten Voraussetzungen einzuschränken.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen** (allerdings nicht rückwirkend).

Sofern Sie der Ansicht sind, bei der Verarbeitung Ihrer Sozialdaten in **Ihren Rechten verletzt** worden zu sein, haben Sie die Möglichkeit, sich an folgende Stellen zu wenden (**s. Rückseite**):



- Beauftragter für den Datenschutz beim Landratsamt:

Herr Stephen Mutschler

Landratsamt Heidenheim, Felsenstr. 36, 89518 Heidenheim

Tel.: 07321/321-2250

- Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg

Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart

Königstraße 10a, 70173 Stuttgart

Tel.: 0711/61 55 41 – 0

Weiterhin können Sie sich an die für die Versorgungsämter in den Landratsämtern zuständige Fachaufsichtsbehörde wenden:

Regierungspräsidium Stuttgart,

Abteilung 10

Landesversorgungsamt

Ruppmannstr. 21

70565 Stuttgart

Telefon 0711 904-0