Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

DER ORTENAU KREIS

Antrag auf Leistungen für Gewaltopfer

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

Landratsamt Ortenaukreis
Amt für Soziales und Versorgung
Soziales Entschädigungsrecht - Sachgebiet 305
Badstr. 20
77652 Offenburg

Bitte Feld frei lassen für Eingangsvermerk der Behörde

I. Angaben zur Person

1. ☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers — Name, Vorname: …….. — Geburtsname oder früherer Name: ……..

2. Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ), Geburtsort:
.....
……

3. ***Freiwillige Angaben**
Telefonnummer (tagsüber):* ……..
E-Mail-Adresse:* ……..

4. Familienstand
☐ ledig ☐ verheiratet ☐ in Lebenspartnerschaft lebend ☐ verwitwet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ Lebenspartnerschaft aufgehoben
seit: ……..
Zahl der Kinder: ……

5.. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt: .....
Straße und Hausnummer: .....
Postleitzahl: .....
Wohnort: .....

Bitte fügen Sie eine Kopie eines Identitätsausweises bei (z. B. Personalausweis, Reisepass)

6. ☐ gesetzlicher Vertreter / gesetzliche Vertreterin ☐ Betreuer / Betreuerin ODER ☐ Bevollmächtigter / Bevollmächtigte **(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):

.....

.....

☐ Arbeitsplatz ☐ Weg zum / vom Arbeitsplatz

☐ Schule / Ausbildungs-/ Betreuungseinrichtung ☐ Weg zu / von Schule / Ausbildungs-/ Betreuungseinrichtung

Bitte geben Sie Name und Anschrift Ihres Arbeitgebers / Ihrer Ausbildungseinrichtung / Ihrer zuständigen Berufsgenossenschaft / Unfallkasse an:

.....

☐ sonstiger Tatort

3. Ist Strafanzeige erstattet worden?

☐ ja bei: …….. am (Datum): …….....

☐ nein, Gründe **(bitte erläutern)**** Aktenzeichen: …….

.....

.....

☐ Ich mache von meinem gesetzlichen Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch ☐ keinen Gebrauch

4. Name und Anschrift - soweit bekannt

☐ des Täters / der Täter / der Täterin/nen: ☐ weiterer Tatbeteiligter:

…….... ……

☐ von Tatzeugen: ☐ von Ersthelfern:

…….... ……

5. Hat ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren / gerichtliches Verfahren stattgefunden?

☐ nein ☐ 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>

……

……

……

……

……

☐ 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 verschwägerte Personen (z. B. Eltern, Großeltern), bzw. in der Seitenlinie bis zum dritten Grad verwandte oder bis zum zweiten Grad verschwägerte 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?*

   ☐ ja, folgende: ☐ nein

   ……

3. Nur in Ausnahmefällen:

   Möchten Sie bereits vor der Entscheidung über diesen Antrag vorläufige Leistungen der Heilbehandlung erhalten (z. B. Zahnbehandlung, psychische Soforthilfe)?

   ☐ nein ☐ ja **(bitte begründen*)**

4. Wurden durch die Gewalttat am Körper getragene Hilfsmittel beschädigt (z. B. Brille, Hörgerät, Zahnersatz)?

   ☐ ja, folgende: …… ☐ nein

5. Sind Sie krankenversichert?

   ☐ ja falls ja: ☐ gesetzlich ☐ privat

   ☐ 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)?*

   ☐ keine ☐ 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?

   ☐ nein ☐ 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 Beiziehung 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 / Ärztinnen, Psychologen / Psychologinnen, 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:

……. ……..

Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Einverständniserklärung

Wenn ich meinen Antrag beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales stelle, bin ich damit einverstanden, dass meine Unterlagen unverzüglich an die für mich zuständige Versorgungsbehörde weitergeleitet werden. Andernfalls werden meine Antragsunterlagen wieder an mich zurückgeschickt. Die Antragsunterlagen und meine Daten werden im Bundesministerium für Arbeit und Soziales gemäß DSGVO weder gespeichert noch verarbeitet.

Ort, Datum:

……

Unterschrift für Einverständniserklärung:

……

Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Zusatzblatt 1 zum Antrag auf Leistungen für Gewaltopfer von Herrn/Frau/Divers

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....