

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Antrag für Opfer von Gewalttaten auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (SGB XIV)

| I. Angaben zur Person | | | | | |
|---|---|---------------------------|---|---|----------------------------------|
| I.1. | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Nachname (surname, nom)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Vorname (first name, prénom)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers </td> <td style="padding: 5px;">ggf. Geburts- oder frühere Namen</td> </tr> </table> | Nachname (surname, nom) | Vorname (first name, prénom) | Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers | ggf. Geburts- oder frühere Namen |
| Nachname (surname, nom) | Vorname (first name, prénom) | | | | |
| Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers | ggf. Geburts- oder frühere Namen | | | | |
| I.2. | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Telefonnummer tagsüber (freiwillige Angabe)</td> </tr> </table> | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | Telefonnummer tagsüber (freiwillige Angabe) | | |
| Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | Telefonnummer tagsüber (freiwillige Angabe) | | | | |
| I.3. | E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe) | | | | |
| I.4. | Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____ <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend Zahl der Kinder _____ <input type="checkbox"/> in Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> geschieden / Lebenspartnerschaft aufgehoben | | | | |
| I.5. | Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt Straße und Hausnummer <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">Postleitzahl</td> <td style="padding: 5px;">Wohnort</td> </tr> </table> | Postleitzahl | Wohnort | | |
| Postleitzahl | Wohnort | | | | |
| I.6. | <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter/gesetzliche Vertreterin <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter/Bevollmächtigte ➡ Bitte fügen Sie eine Kopie der Vollmacht bei ⬅ ODER <input type="checkbox"/> Betreuer/Betreuerin ➡ Bitte fügen Sie eine Kopie der Bestellsurkunde bzw. des Betreuerausweises bei ⬅ Name, Vorname Straße und Hausnummer <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">Postleitzahl</td> <td style="padding: 5px;">Wohnort</td> </tr> </table> | Postleitzahl | Wohnort | | |
| Postleitzahl | Wohnort | | | | |

II. Angaben zu schädigenden Ereignissen und zu den beantragten Leistungen

II.1. Ich stelle Antrag als

Geschädigte/r

Angehörige/r

(Ehegatte/Ehegattin, Kind, Elternteil des/der Geschädigten)

Hinterbliebene/r
(Witwe/r, Waise, Elternteil, Betreuungsunterhaltsberechtigte/r)

Nahestehende/r
(Geschwister, Person aus einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft)

Sonstige/r

Insbesondere beantrage ich

Leistungen wegen eigener Gesundheitsstörungen

Leistungen für Hinterbliebene

Leistungen der Überführung und Bestattung

schnelle Hilfen: Leistungen der Traumaambulanz

Fallmanagement

Leistungen bei Gewalttat(en) im Ausland

☞ In begründeten Ausnahmefällen kann vorzeitige Leistungserbringung gewährt werden. Sofern Sie eine hierauf gerichtete vorläufige Entscheidung beantragen wollen, begründen Sie Ihr berechtigtes Interesse bitte auf einem Extrablatt. ☛

II.2. Zeitpunkt/Zeitraum des schädigenden Ereignisses (Uhrzeit, Tag, Monat, Jahr):

II.3. Ort des schädigenden Ereignisses

im Inland (Deutschland)

im Ausland (Bitte Grund und Dauer des Auslandsaufenthaltes angeben)

auf einem deutschen Schiff oder Luftfahrzeug

Ortsbeschreibung (Ort, Straße, Hausnummer, Wohnung):

Arbeitsplatz oder Weg zu oder von diesem

Schule/Ausbildungs-/Betreuungseinrichtung oder der Weg dorthin oder von dort

Sofern sich das schädigende Ereignis am Arbeitsplatz, auf dem Weg zu oder von der Arbeit in einer Schule, einer Ausbildungs- oder Betreuungseinrichtung oder auf dem Weg dorthin oder von dort ereignet hat, teilen Sie uns bitte Name und Anschrift des Arbeitgebers/der Ausbildungseinrichtung/der zuständigen BG oder Unfallkasse mit:

II.4. Ist Strafanzeige bei der Polizei erstattet worden?

nein ☞ Bitte erläutern Sie die Hintergründe ☛

ja, bei _____ am (Datum): _____

Aktenzeichen: _____

II.5. Hat ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren stattgefunden bzw. ist ein strafrechtliches Urteil in der Sache ergangen?

nein

ja, bei _____ Aktenzeichen: _____

☞ Nach dem SGB XIV sind Sie verpflichtet, das Ihnen Mögliche zur Sachverhaltsaufklärung und Verfolgung des Täters/der Täter(in) beizutragen. Dazu gehört grundsätzlich die Erstattung einer Strafanzeige. Gemäß § 52 StPO 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. Kinder, Eltern, Großeltern), bzw. in der Seitenlinie bis zum dritten Grad verwandte oder bis zum zweiten Grad verschwägerte Personen (z. B. Geschwister, Onkel, Tante) ☛

Ich mache von meinem gesetzlichen Zeugnisverweigerungsrecht

Gebrauch

keinen Gebrauch

II.6. Name und Anschrift soweit bekannt

des Täters/der Täter/der Täterin/nen: _____

weiterer Tatbeteiligter: _____

von Tatzeugen: _____

von Ersthelfern: _____

II.7. Ereignisschilderung Bitte schildern Sie den wesentlichen Ablauf des schädigenden Ereignisses¹, stattdessen können Sie auch eine Kopie des Strafantrags und/oder des Polizeiprotokolls beifügen

III. Angaben zu Gesundheitsstörungen/Schädigungen

III.1. Zu welchen körperlichen und/oder seelischen Gesundheitsstörungen hat die Gewalttat geführt?

III.2. Liegen diese heute noch vor?

nein

ja, folgende: _____

III.3. Wurden durch die Gewalttat am Körper getragene Hilfsmittel beschädigt (z. B. Brille, Hörgerät, Zahnersatz)?

nein

ja, folgende: _____

III.5. Sind Sie krankenversichert?

gesetzlich privat nein

derzeitige Krankenkasse _____ Mitglied seit _____

ggf. frühere Krankenkassen _____

IV. Angaben zu ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlungen

IV.1. Stationäre Behandlung wegen der Folgen des schädigenden Ereignisses

von - bis: _____

Name, Anschrift des Krankenhauses und/oder der Reha-Einrichtung: _____

Abteilung/Station: _____

IV.2. Ambulante Behandlung wegen der Folgen des schädigenden Ereignisses

von - bis: _____

Name und Anschrift des Hausarztes/der Hausärztin
und behandelnde(r) Arzt/Ärztinnen/Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen: _____ ggf. Fachrichtung _____

¹ Beachten Sie bitte das Zusatzblatt, sollte der Platz nicht ausreichen.

IV.3. Welche der unter Ziffer III. geltend gemachten Gesundheitsstörungen/Schädigungen haben bereits vor dem schädigenden Ereignis bestanden?

keine

folgende _____

Die Behandlung erfolgte von _____ bis _____

bei _____

IV.4. Sofern Sie unter II. 1. die Leistung der schnellen Hilfen angekreuzt haben, bitten wir Sie hier ergänzende Angaben zu machen:

Haben Sie bereits Sitzungen in der Traumaambulanz in Anspruch genommen?

nein

ja, bei: _____ Anzahl der Sitzungen: _____

V. Angaben zur beruflichen Situation

Beruf/Tätigkeit, ggf. Studium/Ausbildung vor dem schädigenden Ereignis:

Ist durch die gesundheitlichen Schädigungen, die durch das schädigende Ereignis hervorgerufen wurden, ein Einkommensverlust eingetreten?

nein

ja, in Form von _____

VI. Sonstige Angaben

VI.1. Haben Sie wegen der Folgen des schädigenden Ereignisses Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten?

nein

ja, gegenüber

Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft, private Unfallversicherung)

dem Täter/der Täterin/den Tätern/Täterinnen (Schadensersatz/Schmerzensgeld)

ausländischen Entschädigungssystemen

Krankenversicherung

gesetzlicher Rentenversicherung

sonstigen Leistungsträgern: _____

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

nein, weil _____

ja, gegenüber (Name, Anschrift des Leistungsträgers oder Gerichts:)

VI.3. Liegt eine anerkannte Behinderung vor?

nein

ja, zuständige Behörde: _____ Aktenzeichen: _____

VI.4. Beziehen Sie bereits aufgrund eines anderer schädigender Ereignisse Leistungen nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV), Soldatenversorgungsgesetz, Häftlingshilfegesetz, Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz, Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz oder haben Sie diesbezüglich einen Antrag gestellt?

nein

ja, zuständige Behörde: _____ Aktenzeichen: _____

VI.5. Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:

VI.6. 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 in der gleichen Sache nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV) gestellt habe

Datum **Unterschrift** des Antragstellers/der Antragstellerin

oder Datum **Unterschrift** des gesetzlichen Vertreters Elternteil ¹2 **Unterschrift** des gesetzlichen Vertreters Elternteil ²2

oder Datum **Unterschrift** des Betreuers/Bevollmächtigten

Ich habe Kenntnis genommen, dass

- die Behörde gemäß § 120 SGB XIV in Verbindung mit § 116 SGB X 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 Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche gegen den/die Täter/in/nen kraft Gesetzes auf den Freistaat Bayern übergegangen sind. Sofern ich Zahlungen des Täters/der Täterin/von den Tätern/Täterinnen erhalte oder Vereinbarungen mit diesen treffe, kann dies auf staatliche Zahlungen angerechnet werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Behörde mit diesem Verfahren nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV) zugänglich gemacht worden sind,

- erfasst und gespeichert werden (§ 118 SGB XIV in Verbindung mit § 67c SGB X) und
- den Gutachterinnen und Gutachtern, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen Begutachtung beauftragt worden sind,
- den Trägern der Sozialen Entschädigung,
- 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).

² Es wird darauf hingewiesen, dass bei einer Antragstellung für minderjährige Personen sowohl das Antragsformular als auch die notwendigen Einverständniserklärungen von allen sorgeberechtigten Personen unterschrieben werden muss. Andernfalls liegt keine rechtswirksame Antragstellung vor und ein Verfahren nach dem SGB XIV ist nicht möglich. Eine Ausnahme bildet die Eigenschaft als alleinsorgeberechtigtes Elternteil. Hier ist jedoch ein Nachweis über das alleinige Sorgerecht vorzulegen.

**Einwilligung in die Übermittlung von Daten an das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) und
Entbindung von der Schweigepflicht im Verfahren nach dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (SGB XIV)**

Vor- und Nachname
des Antragstellers: _____
Anschrift: _____

Aktenzeichen

Erklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigefügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, wird die zuständige Behörde den Sachverhalt von Amts wegen aufklären. Ich erkläre mich daher insbesondere mit der Beiziehung folgender Unterlagen einverstanden:

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

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärzten, Psychologen, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten, Sozialleistungsträgern und sonstigen Leistungserbringern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern 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 sowie etwaige Versorgungsansprüche 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 genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ausnahme: Es dürfen keine Auskünfte eingeholt werden bei: _____

Folgende Unterlagen dürfen nicht eingeholt werden: _____

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für nachbenannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen soweit dies erforderlich ist (§§ 24, 37 SGB I, § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann

Datum

Unterschrift

Antragsteller gesetzlicher Vertreter Betreuer Vorsorgevollmacht o. ä.

**Einwilligung in die Übermittlung von Daten an das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) und
Entbindung von der Schweigepflicht im Verfahren nach dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (SGB XIV)**

Vor- und Nachname
des Antragstellers: _____
Anschrift: _____

Aktenzeichen

Erklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigefügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, wird die zuständige Behörde den Sachverhalt von Amts wegen aufklären. Ich erkläre mich daher insbesondere mit der Beiziehung folgender Unterlagen einverstanden:

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

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärzten, Psychologen, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten, Sozialleistungsträgern und sonstigen Leistungserbringern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern 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 sowie etwaige Versorgungsansprüche 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 genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ausnahme: Es dürfen keine Auskünfte eingeholt werden bei: _____

Folgende Unterlagen dürfen nicht eingeholt werden: _____

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für nachbenannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen soweit dies erforderlich ist (§§ 24, 37 SGB I, § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann

Datum

Unterschrift

Antragsteller gesetzlicher Vertreter Betreuer Vorsorgevollmacht o. ä.