



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

Gewalttaten §§ 13, 14 SGB XIV

Name / Adresse der Versorgungsbehörde Landratsamt Konstanz Amt für Gesundheit und Versorgung -Soziales Entschädigungsrecht- Scheffelstraße 15 78315 Radolfzell	Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde
---	--

Art des Antrags

<input type="checkbox"/> Erstantrag als geschädigte Person <input type="checkbox"/> Erstantrag als hinterbliebene Person <input type="checkbox"/> Änderungsantrag

Beantragende Person

<input type="checkbox"/> Ich für mich selbst <input type="checkbox"/> Ich für mein Kind <input type="checkbox"/> Als Betreuer/in <input type="checkbox"/> Als Bevollmächtigte/r <input type="checkbox"/> Sonstige:
--

Angaben zur geschädigten Person

Familienname	Vornamen		
Geburtsdatum	Geburtsort		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Wo befindet sich die Anschrift?	<input type="checkbox"/> in Deutschland	<input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland	
Land (falls nicht Deutschland)			
Telefonnummer	E-Mail-Adresse		
Staatsangehörigkeit			



Angaben zur Betreuungsperson oder Bevollmächtigten

Familienname		Vornamen		
Name des Unternehmens, Vereins oder einer sonstigen Organisation in der die Betreuungstätigkeit ausgeübt wird				
Beziehung zur antragstellenden Person				
Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland				
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Land (falls nicht Deutschland)				
Telefonnummer		E-Mail-Adresse		

Angaben zur antragstellenden Person (nur auszufüllen, wenn Sie den Antrag für Ihr Kind stellen)

Familienname		Vornamen		
Geburtsdatum		Geburtsort		
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers				
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland				
Land (falls nicht Deutschland)				
Telefonnummer		E-Mail-Adresse		
Staatsangehörigkeit				

Angaben zur verstorbenen Person (nur bei Sterbefällen als hinterbliebene Person auszufüllen, ansonsten weiter auf S. 4 „Angaben zur Gewalttat“)

Familienname		Geburtsname	
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
Land (falls nicht Deutschland)				
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:		
Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwen-/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 Halbwaise 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 „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)				
Familiename		Vornamen		
Wo befindet sich die Anschrift?		<input type="checkbox"/> in Deutschland		<input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Land (falls nicht Deutschland)				
Geburtsdatum		Geburtsort		
Staatsangehörigkeit				
Weitere 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
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

Angaben zur Gewalttat

Tatzeit (Datum)		Tatzeit (Uhrzeit)
Tatzeitraum/-räume		
Tatort	<input type="checkbox"/> Private Wohnung/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"/> Auf dem Weg zum/vom Arbeitsplatz oder zur/von Schule, Ausbildungs- oder Betreuungseinrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiger Geschehensort:	
Welche Personen waren bei der Tat anwesend? (Name/Anschrift soweit bekannt)	<input type="checkbox"/> Täterin(nen) oder Täter: <input type="checkbox"/> Tatzeugin(nen) oder Tatzeuge(n): <input type="checkbox"/> Ersthelferin(nen) oder Ersthelfer: <input type="checkbox"/> Keine Person war anwesend	
	<input type="checkbox"/> Sonstige Tatbeteiligte: 1. 2. 3.	



Genauere Schilderung des Ablaufs der Gewalttat (*ggf. Zusatzblatt auf S. 12 des Antrags nutzen*)

Angaben zur Strafanzeige

Wurde Strafanzeige erstattet?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls nein: Warum wurde keine Strafanzeige erstattet?				
Name der Polizeibehörde				
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
Postfach				
Datum der Strafanzeige			Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Ist ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren oder ein gerichtliches Verfahren durchgeführt oder eingeleitet worden?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde oder des Gerichts			Aktenzeichen/Geschäftszeichen des Verfahrens	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort	



Angaben zu den gesundheitlichen Folgen der Gewalttat

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?	
Welche der genannten Gesundheitsstörungen bestanden bereits zuvor?	

Angaben zur medizinischen Behandlung aufgrund des schädigenden Ereignisses

Wichtiger Hinweis: Bitte senden Sie uns alle Ihnen vorliegenden Befunde / Arztberichte zusammen mit dem Antrag mit. Hierdurch verkürzt sich die Verfahrensdauer.

Name der Klinik und des dort behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Wo befindet sich die Anschrift?		<input type="checkbox"/> in Deutschland	<input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland
Land (falls nicht Deutschland)			
Behandlungszeitraum /-zeiträume			
Name und Anschrift weiterer behandelnder Ärzte/Ärztinnen in Zusammenhang mit der Gewalttat			
1.			
2.			



3.
4.
Name und Anschrift des Hausarztes/der Hausärztin
Sämtliche Befunde und Arztberichte sind dem Antrag beigelegt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zur Krankenversicherung

Form der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privat versichert	
	<input type="checkbox"/> Nicht versichert		
Name der Krankenkasse			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Mitgliedschaft seit		Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer	
Frühere Krankenkasse			

Bankverbindung

Kontoinhaber	IBAN
BIC	Geldinstitut

Sonstige Angaben

Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten			
Haben Sie wegen der hier angegebenen Gesundheitsschädigungen Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten angemeldet?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: 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/Einrichtung		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	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 Ihrer Berufsausübung/Tätigkeit beeinträchtigt? Falls ja: Wie fühlen Sie sich durch das schädigende Ereignis 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
Falls ja: 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
Falls ja: An welchen Maßnahmen zur Sozialen Teilhabe haben Sie Interesse?	
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Bildung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: An welchen Maßnahmen der Bildung haben Sie Interesse?	
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: 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



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) oder Vierzehnten Sozialgesetzbuch (SGB XIV)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde	Aktenzeichen
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?	



Erklärungen

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und sämtliche Angaben richtig und vollständig gemacht worden sind. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Beträge zurückgezahlt werden müssen.	<input type="checkbox"/> Ja
--	-----------------------------

Schweigepflichtentbindungserklärung

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, Therapieberichte, Entlassungsberichte, Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung, Krankenunterlagen, und Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten 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 gegebenenfalls anschließendes Überprüfungs- oder 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 Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, und Therapeutinnen/Therapeuten insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Stimmen Sie der Schweigepflichtentbindungserklärung zu?	<input type="checkbox"/> Ja
Von dieser Schweigepflichtentbindungserklärung schließe ich ausdrücklich aus:	



Ich habe Kenntnis, dass

- die Behörde gemäß § 120 SGB XIV in Verbindung mit § 116 SGB X grundsätzlich verpflichtet ist, Schadensersatzansprüche gegen die Täterin / den Täter geltend zu machen. In diesem Zusammenhang muss sie die Täterin / der Täter 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 die Täterin / den Täter mit Ausnahme von Schmerzensgeldansprüchen kraft Gesetz auf die zuständige Behörde übergehen und ich daher keine Vereinbarungen hierzu (z. B. Vergleiche) mit der Täterin / dem Täter oder deren Versicherungen treffen darf.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Behörde mit diesem Verfahren nach dem SGB XIV 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).

Die jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum:

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der
sorgeberechtigten (bei Minderjährigen unter 15 Jahren müssen beide
Sorgeberechtigten unterschreiben), bevollmächtigten oder
betreuenden Person:

.....

.....

Name in Druckbuchstaben:



Zusatzblatt zum Antrag auf Leistungen nach dem SGB XIV von Frau/Herrn

Lined area for additional information, consisting of 25 horizontal dashed lines.