LANDKREIS KONSTANZ

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

Antrag für Gewaltopfer (§§ 13, 14 SGB XIV)

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

Art des Antrags

☐ Erstantrag als geschädigte Person
☐ Erstantrag als hinterbliebene Person

Beantragende Person

☐ Ich für mich selbst
☐ Ich für mein Kind
☐ Als Betreuerin oder Betreuer
☐ Als Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter
☐ Sonstige:

Angaben zur geschädigten Person

Familienname		Vornamen	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht	☐ männlich	☐ weiblich	☐ divers
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Land (falls nicht Deutschland)			
Telefonnummer		E-Mail-Adresse	
Staatsangehörigkeit			

Angaben zur Betreuungsperson oder bevollmächtigten Person

Familienname	Vornamen		
Name des Unternehmens, Vereins oder einer sonstigen Organisation, in der die Betreuungstätigkeit ausgeübt wird			
Beziehung zur antragstellenden Person			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Postfach	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 ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
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 ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers		
Letzter Wohnsitz/gewöhnlicher Aufenthalt ☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland Land (falls außerhalb von Deutschland):			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Staatsangehörigkeit			
Sterbedatum	Sterbeort		
Todesursache			
Hat die verstorbene Person vor ihrem Tod soziale Entschädigungsleistungen bezogen?			☐ Ja ☐ Nein
Verhältnis zur verstorbenen Person	☐ Witwen-/Witwerverhältnis ☐ Kindschaftsverhältnis ☐ Elternschaftsverhältnis ☐ Sonstige:		
Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwen- oder Witwerverhältnis“ auszufüllen)			
Datum der Eheschließung	Ort der Eheschließung		
Wurde die Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?			☐ Ja ☐ Nein
Sind Sie nach dem Tod der verstorbenen Person noch weitere Ehen eingegangen?			☐ Ja ☐ Nein
Angaben für Waisen und Halbwaisen (nur bei Auswahl „Kindschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
Sind Sie durch den Sterbefall Waise oder Halbwaise geworden?			☐ Ja ☐ Nein
Kindschaftsverhältnis zur verstorbenen Person	☐ Ehelich ☐ Nichtehelich ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind		
Familienname der gesetzlichen Vertretung	Vornamen der gesetzlichen Vertretung		
Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
Familienname	Vornamen		
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?			☐ Ja ☐ Nein
Name der Behörde	Aktenzeichen/Geschäftszeichen		
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Haben Sie oder hatte die verstorbene Person Anspruch auf Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen?			☐ Ja ☐ Nein
Name der Rentenversicherung	Aktenzeichen/Geschäftszeichen		
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Angaben zur Gewalttat

Tatzeit (Datum)		Tatzeit (Uhrzeit)
Tatzeitraum/-räume		
Tatort	☐ Private Wohnung/Haus ☐ Arbeitsplatz Name und Anschrift des Arbeitgebers: ☐ Schule, Ausbildungs- oder Betreuungseinrichtung Name und Anschrift der Einrichtung: ☐ Auf dem Weg zum/vom Arbeitsplatz oder zur/von Schule, Ausbildungs- oder Betreuungseinrichtung ☐ Sonstiger Geschehensort:	
Welche Personen waren bei der Tat anwesend? (Name/Anschrift soweit bekannt)		☐ Täterin(nen) oder Täter: ☐ Tatzeugin(nen) oder Tatzeuge(n): ☐ Ersthelferin(nen) oder Ersthelfer: ☐ Keine Person war anwesend
		☐ Sonstige Tatbeteiligte: 1. 2. 3.
Genaue Schilderung des Ablaufs der Gewalttat (ggf. Zusatzblatt auf S. 11 des Antrags nutzen)		

Angaben zur Strafanzeige

Wurde Strafanzeige erstattet?			☐ Ja ☐ 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?			☐ Ja ☐ 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?	
Sind bereits 6 Monate seit der Gewalttat vergangen? (Hinweis: Nur dauerhafte Gesundheitsstörungen können berücksichtigt werden. Hierfür müssen die Gesundheitsstörungen mindestens 6 Monate nach dem schädigenden Ereignis weiterhin bestehen, § 5 SGB XIV).	☐ Ja ☐ Nein
Liegen die genannten körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen heute noch vor?	☐ Ja ☐ Nein

Welche körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen liegen heute noch vor?	
Wurden durch die Gewalttat am Körper getragene Hilfsmittel beschädigt?	☐ Ja ☐ Nein
Welche Hilfsmittel wurden durch die Gewalttat beschädigt?	
Bestanden vor dem schädigenden Ereignis bereits Gesundheitsstörungen?	☐ Ja ☐ Nein
Falls ja: Welche Gesundheitsstörungen bestanden bereits vor dem schädigenden Ereignis?	
Waren Sie wegen der bereits vor der Gewalttat bestehenden Gesundheitsstörungen in ärztlicher Behandlung?	☐ Ja ☐ Nein
Falls ja: Name und Anschrift der Praxis/Klinik (bitte Befunde mitschicken)	

Angaben zur medizinischen Behandlung aufgrund der Gewalttat

Wichtiger Hinweis: Bitte senden Sie uns alle Ihnen vorliegenden Befund- und Behandlungsberichte mit, die in Zusammenhang mit der Gewalttat stehen. Hierdurch verkürzt sich die Verfahrensdauer.

Waren Sie wegen der Gesundheitsstörungen nach der Gewalttat in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung?			☐ Ja ☐ Nein
Name der Klinik/Praxis und der ärztlichen Ansprechperson oder des Therapeuten/der Therapeutin			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Behandlungszeitraum/-räume			
Name und Anschrift weiterer behandelnder Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen in Zusammenhang mit der Gewalttat 1. 2. 3. 4.			

Name und Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes		
Sämtliche Befunde und Arztberichte sind dem Antrag beigefügt	☐ ja	☐nein

Angaben zur Krankenversicherung

Form der Krankenversicherung	☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert ☐ privat versichert		
Name der Krankenkasse			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Postfach		Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer	
Mitgliedschaft seit		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?	☐ Ja ☐ Nein		
Falls ja: Von welcher weiteren Stelle oder Einrichtung haben Sie weitere Leistungen beantragt?	☐ Unfallversicherung ☐ Krankenversicherung ☐ Gesetzliche Rentenversicherung ☐ Bundesagentur für Arbeit ☐ Täterin oder Täter (Schadensersatz/Schmerzensgeld) ☐ Ausländische Entschädigungssysteme ☐ Jugendamt ☐ Sozialamt ☐ Sonstige Leistungsträger:		
Name der Stelle/Einrichtung		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Angaben zur Behinderung		
Wurde eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt?		☐ Ja ☐ 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), Häftlingshilfegesetz (HHG), Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG), Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) oder Vierzehnten Sozialgesetzbuch (SGB XIV)?		☐ Ja ☐ Nein
Falls ja, um was für einen Antrag bzw. Leistung handelt es sich?		
Name der Behörde	Aktenzeichen	
Unterstützung bei der Antragstellung		
Haben Sie Unterstützung bei der Antragstellung erhalten?		☐ Ja ☐ Nein
Wer hat Sie bei der Antragstellung unterstützt?		
Hinweis zu weiteren Leistungen des SGB XIV		
Unter bestimmten Voraussetzungen können noch weitere Ansprüche bestehen, insbesondere Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe (Kapitel 6 SGB XIV), Leistungen bei Pflegebedürftigkeit (Kapitel 7 SGB XIV) und auf besondere Leistungen im Einzelfall wie die Leistungen zum Lebensunterhalt (Kapitel 11). Das Versorgungsamt prüft, ob diese Ansprüche in Ihrem Fall bestehen könnten und nimmt ggf. Kontakt zu Ihnen auf, um weitere Unterlagen anzufordern und das weitere Vorgehen mit Ihnen abzustimmen. Bei Fragen zu den weiteren Leistungen des SGB XIV können Sie das Versorgungsamt jederzeit kontaktieren.		

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.	☐ 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 und staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Akten anderer Sozialleistungsträger (z.B. Jugendamt, Sozialamt, Jobcenter), erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Therapieberichte, Entlassungsberichte, Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung, Verlaufsdokumentationen von Therapiesitzungen und Röntgenbilder), Leistungsauskünfte der Krankenkassen sowie Unterlagen oder Gutachten von Rentenversicherungsträgern, Unfallversicherungen oder anderen Versicherungen.

Die genannten Unterlagen können beigezogen werden, auch wenn sie von anderen Ärztinnen oder Ärzten oder anderen Stellen erstellt worden sind, soweit diese Unterlagen Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände geben können.

Sofern Leistungen des Fallmanagements nach dem SGB XIV in Anspruch genommen werden, werden hierbei erstellte Unterlagen (bspw. Gesprächsvermerke) Bestandteil der Verfahrensakte nach dem Sozialen Entschädigungsrecht.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren, für ein sich gegebenenfalls anschließendes Nachprüfungs- 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 oben genannten Personen und Einrichtungen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Stimmen Sie der Schweigepflichtentbindungserklärung zu?	☐ Ja

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 Gesetzes 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, Vorname in Druckbuchstaben: ……

LANDKREIS KONSTANZ

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