

An das Versorgungsamt	Geschäftszeichen	Eingangsstempel
		Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> oder ausfüllen!

Antrag

auf Gewährung von Beschädigten-Versorgung nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (Opferentschädigungsgesetz - OEG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

WICHTIGE HINWEISE

Um sachgerecht über Ihren Antrag nach dem Opferentschädigungsgesetz entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift - auszufüllen. Bitte vergessen Sie nicht, den Antrag auf der letzten Seite zu unterschreiben.

Wenn sich Unterlagen über die von Ihnen geltend gemachten Gesundheitsstörungen (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflegegutachten, EKG, Labor- und Röntgenbefunde, die nicht älter als 5 Jahre sind, aber auch Unterlagen über ein Strafverfahren oder einen Schadenersatzprozess) in Ihren Händen befinden, reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Antrag ein.

Falls oder soweit Sie keine Unterlagen beifügen, werden diese entsprechend Ihrer Einverständniserklärung am Ende des Antragsvordrucks von den von Ihnen benannten Stellen und Personen beigezogen.

Ihre Mitwirkung zur Aufklärung des Sachverhalts ist in § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgeschrieben. Danach haben Sie alle für die Entscheidung erheblichen Tatsachen anzugeben, der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen sowie die verlangten Nachweise vorzulegen. Sofern Sie Ihrer Verpflichtung zur Mitwirkung (Obliegenheit) nicht nachkommen, kann die beantragte Leistung nach dem OEG ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind und die Grenzen der Mitwirkungspflicht, die sich aus § 65 SGB I ergeben, nicht überschritten werden.

Soweit Leistungen erbracht werden, ist die Verwaltung grundsätzlich verpflichtet, gegen den oder die Täter Schadensersatzansprüche geltend zu machen (§ 5 OEG in Verbindung mit § 81a BVG). In diesem Zusammenhang hat sie den oder die Täter frühzeitig von Ihrer Antragstellung in Kenntnis zu setzen. Falls Sie nicht wollen, dass der oder die Täter von Ihrer Antragstellung erfahren, stellen Sie bitte - ggf. auf einem Extrablatt - die Gründe dar. Das Versorgungsamt wird dann prüfen, ob erhebliche Nachteile für Sie zu befürchten sind und deshalb auf Schadensersatzansprüche verzichtet werden kann. Bei Minderjährigen kann die Gefährdung des Kindeswohls einen entsprechenden Grund bedeuten.

1	Antragsteller/in			
	1.1	Name - Geburtsname		
	1.2	Vornamen		
	1.3	Geburtsdatum	Geburtsort	
	1.4	Staatsangehörigkeit		
	1.5	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Ich lebe in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft. <input type="checkbox"/> Die Lebenspartnerschaft ist aufgehoben. <input type="checkbox"/> Ich lebe von meinem Lebenspartner getrennt.	seit	Zahl der Kinder
	1.6	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt		
		Straße, Hausnummer		Tagsüber erreichbar unter (die Angabe der Tel.-Nr. ist freiwillig)
		PLZ	Wohnort	Telefon-Nr.:
		Bei Ausländern: In der Bundesrepublik ununterbrochen wohnhaft seit: _____ (Bitte Aufenthaltsgenehmigung oder Aufenthaltsgestattung der Ausländerbehörde in Fotokopie beifügen, soweit vorhanden)		
	1.7	Derzeitiger Beruf	Frühere Berufe	

1.8	Sind Sie durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen in Ihrem Beruf besonders betroffen?	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Gründe:
	Sind Sie an Berufsförderungsmaßnahmen interessiert?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Gründe:
1.9	Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Name, Vorname und Anschrift des gesetzlichen Vertreters angeben und ggf. eine Kopie der Bestallungsurkunde oder des Betreuungsausweises vorlegen oder beifügen.	
2	Gesundheitsstörung	
2.1	Wegen welcher - aus einer Gewalttat herrührenden - Gesundheitsstörungen wird Versorgung beantragt?	
2.2	Sollen wegen dieser Gesundheitsstörungen aus besonderen Gründen schon vor der endgültigen Entscheidung vorläufig Leistungen der Heilbehandlung gewährt werden?	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Die Gründe bitte auf Extrablatt darlegen.)
3	Gewalttat	
3.1	Tatzeit (Tag, Monat, Jahr)	Uhrzeit (0-24 Uhr)
3.2	Tatort (genaue Ortsbeschreibung, Ort, Straße, Hausnummer, Wohnung, Raum usw.)	
	<input type="checkbox"/> Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Weg zum/vom Arbeitsplatz
	<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Schulweg
3.3	Tathergang (genaue Schilderung)	
3.4	Name und Anschrift des/der Täter(s) (soweit bekannt)	
3.5	Weitere Tatbeteiligte (Namen und Anschriften, soweit bekannt)	
3.6	Tatzeugen (Namen und Anschriften, soweit bekannt)	
3.7	Wer hat erste Hilfe geleistet? (Name und Anschrift, soweit bekannt - diese Angabe ist freiwillig -)	
3.8	Wurde Strafanzeige erstattet?	
	<input type="checkbox"/> nein, Gründe:	<input type="checkbox"/> ja, bei
	am (Datum)	Aktenzeichen
3.9	Ist ein gerichtliches Verfahren durchgeführt oder eingeleitet worden?	
	<input type="checkbox"/> nein	ja, bei
		Aktenzeichen
3.10	Haben Sie einen Rechtsanwalt beauftragt? (diese Angabe ist freiwillig)	
	<input type="checkbox"/> nein	ja, (Name, Anschrift)

4 Ansprüche gegen Dritte		
4.1	Haben Sie wegen der Folgen der Gewalttat bei einer anderen Behörde (z. B. bei einem Unfallversicherungsträger) Antrag auf Leistungen gestellt?	
	<input type="checkbox"/> nein	ja, bei am (Datum) Aktenzeichen
4.2	Haben Sie vom Täter Schadenersatzleistungen erhalten?	
	<input type="checkbox"/> nein	ja
5 Heil- und Krankenbehandlung		
5.1	Ambulante ärztliche Behandlungen wegen der Folgen der Gewalttat	
	von - bis	Name, Anschrift der behandelnden Ärzte
5.2	Stationäre Behandlungen wegen der Folgen der Gewalttat	
	von - bis	Name, Anschrift der Krankenhäuser Abteilung / Station
5.3	Ambulante und stationäre ärztliche Behandlungen vor Eintritt der Gewalttat in den letzten 5 Jahren wegen einer Krankheit oder Verletzung am gleichen Körperteil/Organsystem	
	von - bis	Name, Anschrift des Arztes/Krankenhauses
6 Beantragte oder bezogene Leistungen		
6.1	Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen in den letzten 5 Jahren	
	von - bis	Name, Anschrift der Krankenkasse des jeweiligen Arbeitgebers (Bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben des Hauptversicherten)
6.2	Beziehen Sie Unfallrente, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder ähnliches?	
	<input type="checkbox"/> nein	ja, von (Anschrift) Aktenzeichen
6.3	Beziehen Sie Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen?	
	<input type="checkbox"/> nein	ja, von (Dienststelle) Aktenzeichen

6.4	Beziehen Sie Rente vom Versorgungsamt? <input type="checkbox"/> nein	ja, Versorgungsamt	Aktenzeichen
6.5	Haben Sie - ggf. auch früher - Leistungen der in Ziffer 6.2, 6.3 oder 6.4 genannten Art beantragt? <input type="checkbox"/> nein	ja, bei	Aktenzeichen
6.6	Wird wegen aus einer Gewalttat herrührenden Gesundheitsstörung die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber verweigert? <input type="checkbox"/> nein	ja, Gründe	
7	Sonstige Angaben		
	Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen überwiesen werden an (Kontoinhaber):		
	Konto-Nr.	Geldinstitut	Bankleitzahl
8	Erklärungen		
8.1	Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.		
8.2	<p>Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigefügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, wird das Versorgungsamt den Sachverhalt von Amts wegen aufklären. Ich bin damit einverstanden, dass das Versorgungsamt von den im Antrag genannten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztinnen/Ärzten • Krankenanstalten/Krankenhäusern • Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt/Sanatorium) • Trägern der Sozialversicherung • privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen • Behörden • Stellen innerhalb der Versorgungsverwaltung <p>die erforderlichen Auskünfte einholt und Unterlagen beizieht, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Einrichtungen erstellt worden sind. Das gilt ggf. auch für ein Widerspruchsverfahren und für das Regressverfahren gegen den oder die Täter.</p> <p>Die beteiligten Ärztinnen/Ärzte entbinde ich ausdrückliche von ihrer Schweigepflicht.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>		
8.3	<p>Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die dem Versorgungsamt mit diesem Verfahren nach dem OEG zugänglich gemacht worden sind, auch anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X). Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann.</p>		
	Dem Antrag füge ich bei:	Ort	Datum
	Bei der Antragsausfüllung hat mich unterstützt (z.B. Therapeut(in), Polizei, Weisser Ring):	<p>.....</p> <p>Unterschrift</p> <p>der Antragstellerin/des Antragstellers und/oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers</p>	