

Vorblatt zum Antrag auf Leistungen für Gewaltopfer
nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)

Sehr geehrte Antragstellerin,
sehr geehrter Antragsteller,

Sie haben eine Gewalttat erlebt und möchten wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen Leistungen nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG) erhalten. Hierfür ist ein Antrag erforderlich. Bitte füllen Sie das beiliegende Formular möglichst vollständig aus und senden es unterschrieben an uns zurück.

Benötigen Sie Unterstützung bei der Antragsstellung?

Möglicherweise fühlen Sie sich mit dem Ausfüllen des Antragsformulars überfordert oder empfinden einige der erbetenen Angaben als belastend. Sollten Sie beim Ausfüllen aus diesen oder aus anderen Gründen Hilfe benötigen, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Sie können auch die zentrale, kostenlose Rufnummer 0800 - 654 654 6 wählen und werden so direkt mit einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter des Landschaftsverbandes verbunden. Hier werden Sie vertraulich über bestehende Hilfsmöglichkeiten - insbesondere auch über ein Angebot für eine zeitnahe psychologische Betreuung - und weitere Ansprechpartner informiert.

Unterstützung erhalten Sie auch bei allen Organisationen der Opferhilfe. Zum Beispiel bietet der Weiße Ring e. V. unter der kostenfreien Telefonnummer 116 006 einen Beratungsdienst für Opfer von Straftaten an, der u.a. an regionale Außenstellen oder andere Organisationen in Ihrer Nähe weiter verweist.

Opfer von sexuellem Missbrauch können sich kostenfrei und anonym an die telefonische Anlaufstelle des Unabhängigen Beauftragten zu Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs unter der Telefonnummer 0800-2255530 wenden.

Sein Hilfeportal Sexueller Missbrauch (www.hilfeportal-missbrauch.de) unterstützt Sie zudem mit einer bundesweiten Datenbank dabei, in der eigenen Region Hilfsangebote zu finden.

Insbesondere gewaltbetroffene Frauen können sich rund um die Uhr und kostenfrei unter der Telefonnummer 08000 116 016 von den Mitarbeiterinnen des bundesweiten Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ beraten lassen. Das Angebot ist mehrsprachig und barrierefrei. Es wird zudem eine E-Mail- und eine Chatberatung angeboten (www.hilfetelefon.de).

Welche Angaben müssen Sie zur Gewalttat machen?

Als verantwortlicher Leistungsträger sind wir verpflichtet, die Voraussetzungen für eine Leistungserbringung in jedem Einzelfall zu prüfen. Dazu müssen wir den Sachverhalt eigenständig aufklären, sind jedoch dabei auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Sind z. B. keine Zeugen der Tat vorhanden und lässt sich die Tat nicht anderweitig nachweisen, müssen Sie unter Umständen sehr detaillierte Angaben zur Gewalttat machen. Tun Sie dies bitte so genau wie möglich.

Falls schon ein Strafverfahren/Gerichtsverfahren eingeleitet oder durchgeführt worden ist, können die Erkenntnisse daraus hilfreich für eine schnellere Aufklärung des Sachverhalts sein. Außerdem wird Ihnen eventuell erspart, erneut Angaben zur Tat machen zu müssen. Bitte geben Sie daher das Aktenzeichen von Polizei und/oder Staatsanwaltschaft an, damit wir die Ermittlungsakten zur Auswertung anfordern können.

Selbst wenn der Täter/die Täterin nicht verurteilt wurde oder nicht zu ermitteln ist, können Sie unter bestimmten Umständen Leistungen nach dem OEG erhalten.

Wann können Sie mit einer Entscheidung über Ihren Antrag rechnen?

Wir sind bestrebt, so schnell wie möglich über Ihren Antrag zu entscheiden. Die Bearbeitung Ihres Antrags wird aber erfahrungsgemäß einige Zeit in Anspruch nehmen. Sollten langwierige Ermittlungen und/oder fachärztliche Untersuchungen erforderlich sein, kann das Verfahren durchaus auch mehrere Monate dauern.

Wir bitten Sie daher schon jetzt um Geduld und Verständnis. Über den Sachstand werden wir Sie unterrichten. Haben Sie von sich aus Fragen, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Landschaftsverband

Landschaftsverband Rheinland
 LVR-Dezernat Schulen, Inklusionsamt,
 Soziale Entschädigung
 LVR-Fachbereich Soziale Entschädigung
 50663 Köln

Antrag auf Leistungen für Gewaltopfer nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)

I. Angaben zur Person			
1. <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Name, Vorname: _____		Geburtsname oder früherer Name: _____	
2. Geburtsdatum (TT/MM/JJJ), Geburtsort: _____ _____		3. * Freiwillige Angaben Telefonnummer (tagsüber): * _____ E-Mail-Adresse: * _____	
4. Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben		seit: _____	Zahl der Kinder: _____
5. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt: _____	Straße und Hausnummer: _____	Postleitzahl: _____	Wohnort: _____
6. Staatsangehörigkeit: _____ (Bitte fügen Sie eine Kopie des Personalausweises/Reisepasses bei)	Falls Sie ausländische(r) Antragsteller/Antragstellerin aus einem Nicht-EU-Mitgliedsstaat sind: <input type="checkbox"/> in der Bundesrepublik Deutschland ununterbrochen wohnhaft seit: _____ <input type="checkbox"/> Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland seit: _____ (Bitte fügen Sie ggf. eine Kopie Ihres Aufenthaltsgenehmigungs- bzw. Aufenthaltsgestattungsnachweises bei)		
7. <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Vertreter/gesetzliche Vertreterin ODER <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter/Bevollmächtigte <input type="checkbox"/> Betreuer/Betreuerin (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 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 (Bitte schildern Sie den wesentlichen Ablauf der Gewalttat; stattdessen können Sie auch eine Kopie des Strafantrags und/oder des Polizeiprotokolls beifügen)

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 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

<p>1. Zu welchen körperlichen und/oder seelischen Gesundheitsstörungen hat die Gewalttat geführt? *</p> <p>_____</p>
<p>2. Liegen diese heute noch vor? *</p> <p><input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____</p>
<p>3. Nur in Ausnahmefällen: Möchten Sie bereits vor der Entscheidung über diesen Antrag vorläufige Leistungen der Heilbehandlung erhalten (z. B. Zahnbehandlung, psychische Soforthilfe)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte begründen *)</p>
<p>4. Wurden durch die Gewalttat am Körper getragene Hilfsmittel beschädigt (z. B. Brille, Hörgerät, Zahnersatz)?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>5. Sind Sie krankenversichert?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> falls ja: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>derzeitige Krankenkasse: _____ Mitglied seit: _____</p> <p>ggf. frühere Krankenkasse: _____</p>

IV. Angaben zu ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlungen

<p>1. Stationäre Behandlung wegen der Folgen der Gewalttat *</p> <p>von - bis: _____ Name, Anschrift des Krankenhauses und/oder der Reha-Einrichtung: _____ Abteilung/Station: _____</p>
<p>2. Ambulante Behandlung wegen der Folgen der Gewalttat *</p> <p>von - bis: _____ Name, Anschrift Hausarzt/behandelnde(r) Arzt/Ärztin/Psychotherapeut/in: _____ ggf. Fachrichtung: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>3. Welche der unter Ziffer III geltend gemachten Gesundheitsstörungen/Schädigungen haben bereits vor der Gewalttat bestanden (ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung)? *</p> <p><input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> folgende: _____</p> <p>Name, Anschrift Arzt/Ärztin/Psychotherapeut/in: _____ Behandlung von - bis: _____ wegen welcher Gesundheitsstörung/Schädigung: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

V. Angaben zur beruflichen Situation

<p>1. Beruf/Tätigkeit, ggf. Studium vor der Gewalttat: _____</p>
<p>2. Fühlen Sie sich durch die Folgen der Gewalttat in Ihrer Berufsausübung beeinträchtigt *?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in welcher Form (bitte begründen)? _____</p>
<p>3. Falls ja, haben Sie Interesse an berufsfördernden Maßnahmen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

* 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 (Schadenersatz/Schmerzensgeld) gesetzliche 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 Rehabilitationsgesetz)?
 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:

Ich habe Kenntnis, dass

- die Behörde gemäß § 5 OEG in Verbindung mit § 81 a des Bundesversorgungsgesetzes grundsätzlich verpflichtet ist, Schadenersatzansprüche 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 Schadenersatzansprüche verzichtet werden kann. Bei Minderjährigen kann die Gefährdung des Kindeswohls einen entsprechenden Grund bedeuten;
- meine Schadenersatzansprüche 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, Psychologen, 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 erteilt 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 Schadenersatzansprüche.

Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich entbinde die behandelnden 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:

