

Antrag
auf Leistungen für Gewaltopfer
nach dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch
- Soziale Entschädigung - (SGB XIV)



SACHSEN-ANHALT

Landesamt für Soziales,
Jugend und Gesundheit

Eingangsstempel

Aktenzeichen

Landesamt für Soziales,
Jugend und Gesundheit
Adressauswahl
- bitte auswählen -

Bereich Halle

Bereich Magdeburg

Adressfeld öffnen

Anschriftenfeld leeren

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen!

1. Angaben zur geschädigten Person

1.1 Name, Geburtsname oder früherer Name (ggf. Namenszusatz)

1.2 Vorname(n)

1.3 Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ keine Angaben

1.4 Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ), Geburtsort, Land

1.5 Weitere Kontaktdaten (freiwillige Angaben)

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

1.6 Familienstand

☐ ledig ☐ verwitwet ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ eheähnliche Gemeinschaft ☐ geschieden ☐ in Lebenspartnerschaft lebend ☐ Lebenspartnerschaft aufgehoben

seit:

Zahl der Kinder:

1.7 Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt

Land bzw. Bundesland

Straße und Hausnummer

Postfach

Postleitzahl, Ort

1.8 Auslandsanschrift

1.9 Benötigen Sie einen Dolmetscher?

☐

Nein

☐

Ja, für welche Sprache

Seit wann halten Sie sich in Deutschland auf (TT/MM/JJJJ)

2. Angaben zur Betreuungsperson oder Bevollmächtigten

Bei Minderjährigen und Personen, für die ein/e Betreuer/in oder Pfleger/in bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers angeben.

☐

gesetzlicher Vertreter/gesetzliche Vertreterin

☐

Bevollmächtigter/Bevollmächtigte

☐

Betreuer/Betreuerin

Bitte fügen Sie eine Kopie des Betreuerausweises bzw. der Vollmacht bei.

2.1 Name (ggf. Namenszusatz), Vorname

2.2 Weitere Kontaktdaten (freiwillige Angaben)

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

2.3 Anschrift

Straße und Hausnummer

Postfach

Postleitzahl, Ort

2.4 Auslandsanschrift

3. Angaben zur Gewalttat

3.1 Tatzeit bzw. Tatzeiträume (soweit möglich: Uhrzeit, Tag, Monat, Jahr)

3.2 Tatort (soweit möglich: Ortsbeschreibung, z. B. Ort, Straße, Hausnummer, Wohnung)

☐ Private Wohnung oder Haus (weiter bei Punkt 3.5)

--

☐ Arbeitsplatz (Punkt 3.3. und 3.4 beachten)

--

☐ Weg zum/vom Arbeitsplatz (Punkt 3.3. und 3.4 beachten)

--

☐ Schule/Berufsausbildungs-/Studien-/Betreuungseinrichtung (Punkt 3.3. und 3.4 beachten)

--

☐ Weg zu/von der Schule/Berufsausbildungs-/Studien-/Betreuungseinrichtung (Punkt 3.3. und 3.4 beachten)

--

☐ Sonstiger Geschehensort (weiter bei Punkt 3.5)

--

3.3 Bitte geben Sie Name und Anschrift Ihres Arbeitgebers / Ihrer Ausbildungs- oder Studieneinrichtung / Ihrer zuständigen Berufsgenossenschaft bzw. Ihrer Unfallkasse an, sofern sich die Tat auf dem Arbeits- bzw. Schulweg oder an Ihrem Arbeitsplatz bzw. der Schule/Berufsausbildungs-/Studien-/Betreuungseinrichtung ereignet hat.

--

3.4 Haben Sie aufgrund dieser Gewalttat Leistungen bei Ihrer zuständigen Berufsgenossenschaft bzw. Unfallkasse beantragt und wurden Leistungen gewährt (Bei Gewährung bitte Nachweise beifügen!)?

☐ Ja ☐ Nein

3.5 Angaben zur Strafanzeige und zum Ermittlungsverfahren

3.5.1 Ist eine Strafanzeige erstattet worden?

☐ Nein

☐ Ja:

Name der Polizeidienststelle/ Staatsanwaltschaft	
Anschrift	
Datum der Anzeige	
Aktenzeichen	

3.5.2 Hat ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren/strafgerichtliches Verfahren stattgefunden?

☐ Nein

☐ Ja:

Name der Staatsanwaltschaft/
des Gerichts:

Aktenzeichen:

☐ Ich mache von meinem gesetzlichen Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch.

☐ Ich mache von meinem gesetzlichen Zeugnisverweigerungsrecht keinen Gebrauch.

Hinweis:

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 mit dem Beschuldigten in gerader Linie verwandte oder verschwägte Personen (z. B. Eltern, Großeltern), bzw. in der Seitenlinie bis zum dritten Grad verwandte oder bis zum zweiten Grad verschwägte Personen (z. B. Geschwister, Onkel, Tante).

3.6 Welche Personen waren bei der Tat anwesend?
(Name und Anschrift soweit bekannt bitte angeben)

☐ des Täters / der Täter / der Täterinnen

--

☐ von Tatzeugen / Tatzeuginnen

--

☐ von Ersthelfern:

--

3.7 Angaben zum Tathergang

Können Sie Angaben zum Ablauf der Gewalttat machen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Ich kann hierzu zurzeit keine Angaben machen.

(Bitte schildern Sie den wesentlichen Ablauf der Gewalttat oder fügen Sie eine Kopie des Strafantrags und/oder des Polizeiprotokolls bei.)

>Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.

4. Angaben zu Gesundheitsstörungen/Schädigungen

4.1 Zu welchen gesundheitlichen Beeinträchtigungen hat die Gewalttat bei Ihnen geführt?

--

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

☐ Nein ☐ Ja, welche

--

4.3 Wegen welcher wesentlichen Erkrankungen waren Sie bereits vor Eintritt der Schädigung in ärztlicher Behandlung?

von - bis Name/Anschrift des Arztes/der Ärztin/Krankenhauses

--	--

Krankheit

von - bis Name/Anschrift des Arztes/der Ärztin/Krankenhauses

--	--

Krankheit

von - bis Name/Anschrift des Arztes/der Ärztin/Krankenhauses

--	--

Krankheit

4.4 Angaben zur Krankenversicherung

In welcher Form sind Sie versichert? ☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ nicht versichert

Name der Krankenversicherung

--

Anschrift der Krankenversicherung (Straße, Hausnummer, Postfach, Postleitzahl, Ort)

--

Mitgliedschaft seit (Datum) Krankenversichertenummer

--	--

Frühere Krankenversicherung

--

5. Angaben zu ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlungen

5.1 Angaben zu ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlungen

Waren Sie aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Gewalttat in ärztlicher Behandlung?

☐ Ich war nicht in Behandlung. ☐ Ich war in Behandlung bei (weiter bei 5.2)

5.2 Ambulante Behandlung

Name, Anschrift Hausarzt/-ärztin/ behandelnde(r) Arzt/Ärztin/
Psychotherapeut/in;ggf. Benennung der Fachrichtung

Behandlungszeitraum
(von/ bis)

--	--

Name, Anschrift Hausarzt/-ärztin/ behandelnde(r) Arzt/Ärztin/
Psychotherapeut/in;ggf. Benennung der Fachrichtung

Behandlungszeitraum
(von/ bis)

--	--

Name, Anschrift Hausarzt/-ärztin/ behandelnde(r) Arzt/Ärztin/
Psychotherapeut/in;ggf. Benennung der Fachrichtung

Behandlungszeitraum
(von/ bis)

--	--

5.3 Stationäre Behandlung

Name, Anschrift des Krankenhauses und/oder der
Rehabilitationseinrichtung/Abteilung/Station

Behandlungszeitraum
(von/ bis)

--	--

Name, Anschrift des Krankenhauses und/oder der
Rehabilitationseinrichtung/Abteilung/Station

Behandlungszeitraum
(von/ bis)

--	--

Name, Anschrift des Krankenhauses und/oder der
Rehabilitationseinrichtung/Abteilung/Station

Behandlungszeitraum
(von/ bis)

--	--

6. Angaben zur beruflichen Situation

6.1 Welche/n Tätigkeit/Beruf oder welche/s Ausbildung/Studium haben Sie vor der Gewalttat ausgeübt?

--

6.2 Sind Sie durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgrund der Gewalttat in Ihrer Berufsausübung beeinträchtigt?

☐ Nein ☐ Ja, in welcher Form? (bitte begründen)

--

7. Sonstige Angaben zu weiteren Leistungen

7.1 Haben Sie wegen der Gesundheitsschäden, für die Sie Leistungen beantragen, auch bei anderen Behörden/Leistungsträgern Ansprüche auf Leistungen geltend gemacht?

☐ Nein ☐ Ja

Behörde/Leistungsträger

Aktenzeichen

--	--

Behörde/Leistungsträger

Aktenzeichen

--	--

7.2 Haben Sie aufgrund dieser Gewalttat, bereits Schadensersatzansprüche bei dem/den Täter/n bzw. der Täterin oder seiner/ihrer Versicherung geltend gemacht?

☐ Nein ☐ Ja (bitte Name und Anschrift des Schädigers/der Schädigerin und/oder der Versicherung angeben)

--

7.3 Beziehen Sie bereits Leistungen bei einem Träger der Sozialen Entschädigung?

☐ Nein

☐ Nein, aber ein Antrag auf Leistungen wurde bereits gestellt

Behörde

Aktenzeichen

--	--

☐ Ja (bitte Nachweise beifügen), nach dem

☐ SGB XIV (z.B. aufgrund einer früheren Gewalttat oder nach dem ehemaligen Opferentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz),

☐ Häftlingshilfegesetz (HHG),

☐ Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG) oder

☐ Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)

☐ Soldatenversorgungsgesetz

☐ folgende Unterlagen füge ich dem Antrag bei

--

7.4 Wurde bei Ihnen eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt?

☐ Nein

☐ Ja

feststellende Behörde

Aktenzeichen

--	--

8. Bankverbindung

Soweit Geldleistungen erbracht werden, sollen diese auf folgende Bankverbindung überwiesen werden

Kontoinhaber/-in	
IBAN	
BIC	
Geldinstitut	

9. Erklärung

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben, sowie die ggf. im beigefügten Zusatzblatt, 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 Leistungen zurückgezahlt werden müssen.

Ich verpflichte mich, auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben, evtl. überzahlte Beträge dem Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit zu erstatten und beauftrage dazu das jeweils kontoführende Geldinstitut, an das die Leistungen überwiesen werden.

Anlagen:

☐ Zusatzblatt/-blätter (Anzahl)

☐

☐

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin
oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters/
der Vertreterin oder des Betreuers/der Betreuerin

10. Hinweise zum Übergang von Schadenersatzansprüchen

10.1 Hinweise zum Übergang von Schadenersatzansprüchen

Mit der Beantragung von Leistungen des Sozialen Entschädigungsrechts nach dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch – Soziale Entschädigung – (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB XIV) sind alle mit der Schädigung zusammenhängenden Schadenersatzansprüche gegen Dritte nach § 120 SGB XIV i.V.m. § 116 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - (SGB X) auf das Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit übergegangen.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass

- das Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit gemäß § 120 SGB XIV i.V.m. § 116 SGB X grundsätzlich gesetzlich verpflichtet ist, Schadenersatzansprüche gegen den oder die Täter/innen geltend zu machen. In diesem Zusammenhang muss das Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit den/die Täter/innen 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 u.a. die Gefährdung des Kindeswohls einen entsprechenden Grund bedeuten;
- meine Schadenersatzansprüche gegen den/die Täter/innen mit Ausnahme von Schmerzensgeldansprüchen kraft Gesetzes 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.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin
oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters/
der Vertreterin oder des Betreuers/der Betreuerin

10.2 Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Soweit ich keine für das Anspruchs- bzw. Leistungsverfahren erforderlichen Unterlagen beifüge, wird das Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit den Sachverhalt von Amts wegen aufklären.

Ich erkläre mich daher insbesondere mit der Beiziehung folgender Unterlagen einverstanden:

- polizeiliche Ermittlungsunterlagen, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Jugendakten
- erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Sektions- und Untersuchungsbefunde sowie Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, öffentlichen, freien gemeinnützigen und privaten Krankenhäusern sowie Krankenhäusern öffentlich-rechtlicher Körperschaften und Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer ärztlichen Dienste), Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Behörden und Gerichten beigezogen werden, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind, allerdings nur in dem Umfang, wie sie zur Aufklärung des Sachverhaltes notwendig sind bzw. zur Ermittlung und Erhebung der entscheidungsrelevanten Tatsachen notwendig sind.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit dem Antrag auf Leistungen nach dem SGB XIV eingeleitete Verwaltungsverfahren, für ein sich gegebenenfalls 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 behandelnden und beteiligten Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und sonstige schweigepflichtige Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit gegenüber dem Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen oder eingeschränkt werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit den Gutachterinnen und Gutachtern, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen Begutachtung beauftragt worden sind, Stellungnahmen und Gutachten des Versorgungsärztlichen Dienstes des Landesamtes für Soziales, Jugend und Gesundheit, 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 (§ 35 SGB I) sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X).

Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann (Art. 21 DSGVO; § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).

☐ Die gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen wurden mir ausgehändigt und ich habe sie zur Kenntnis genommen.

Sofern mein Antrag bei einem unzuständigen Leistungsträger gestellt habe, bin ich damit einverstanden, dass meine Unterlagen **unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weitergeleitet werden**.

Stimmen Sie der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zu?

☐ Nein ☐ Ja

von dieser Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung schließe ich ausdrücklich aus*:

*- bitte Arzt/Ärztin, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen -

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin
oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters/
der Vertreterin oder des Betreuers/der Betreuerin

Zusatzblatt

☐

zum Antrag auf Leistungen für Gewaltopfer nach dem SGB XIV

von (Name, Vorname)

Antrag vom

--	--

--

Ort, Datum

Eingaben entfernen

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin
oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters/
der Vertreterin oder des Betreuers/der Betreuerin