

Kurzantrag

auf

☐ psychotherapeutische Hilfe in einer Traumaambulanz

☐ Gewährung von weiteren Leistungen der Sozialen
Entschädigung nach dem SGB XIV

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

Bereich Halle

Bereich Magdeburg

Adressfeld öffnen

Anschriftenfeld leeren



SACHSEN-ANHALT

Landesamt für Soziales,
Jugend und Gesundheit

Eingangsstempel

Aktenzeichen

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen oder ausfüllen!

Hinweise:

Die im Rahmen dieses Antragsformulars geforderten Angaben sind für eine umfassende Entscheidung über die Gewährung von weiteren Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch – Soziale Entschädigung- (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB XIV) nicht ausreichend. Für eine vollständige Prüfung von Leistungsansprüchen sind weitere Angaben und Erklärungen nachzureichen. Hierfür steht Ihnen ein gesondertes Antragsformular zur Verfügung. Dieses können Sie u.a. unter:

www.lvwa.sachsen-anhalt.de/das-lvwa/soziales/informationen-zum-sozialgesetzbuch-vierzehntes-buch-soziale-entschaedigung-sgb-xiv

herunterladen und ausfüllen oder wir senden es Ihnen gern zu.

Es ist möglich den Antrag auf die psychotherapeutische Hilfe in einer Traumaambulanz zu begrenzen. Sofern der Antrag auf die Leistungen der Traumaambulanz beschränkt wird, müssen weitere Leistungen nach dem SGB XIV gesondert beantragt werden. Ein rückwirkender Leistungsanspruch besteht nur dann, wenn der Antrag innerhalb eines Jahres nach dem schädigenden Ereignis gestellt wird.

1. Angaben zur Person

1.1 Name, Geburtsname, ggf. Namenszusatz	1.2 Vorname	1.3 Geburtsdatum
1.4 Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		1.5 Weitere Kontaktdaten (freiwillige Angaben)
		Telefonnummer
		E-Mail-Adresse
Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer oder Pfleger bestellt ist, bitte hier Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers angeben (ggf. bitte Betreuerausweis beifügen).		
1.6 Name	1.7 Vorname	
1.8 Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		1.9 Weitere Kontaktdaten (freiwillige Angaben)
		Telefonnummer
		E-Mail-Adresse
1.10 Ich bin		
☐ unmittelbar selbst Geschädigte/r.	☐ Angehörige/r (Ehegatte/Kinder/Eltern) einer/s Geschädigten.	
☐ Nahestehende/r (Geschwister, eheähnliche Gemeinschaft) einer/s Geschädigten.	☐ Hinterbliebene/r (Witwe/r, Waise, Eltern, Betreuungsunterhaltsberechtigte) einer/s verstorbenen Geschädigten.	

1.11 Benötigen Sie einen Dolmetscher?

☐ ja

für welche Sprache

☐ nein

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

2. Angaben zum schädigenden Ereignis

2.1 Name, Vorname der/s Geschädigten bzw. der verstorbenen Person

geboren am

ggf. verstorben am

2.2 Schilderung des schädigenden Ereignisses (Zeit, Ort, Ablauf)

2.3 Besteht ein Zusammenhang mit dem Kindergarten- bzw. Schulbesuch/Studium/der Berufsausübung (ggf. Schul-/Arbeitsweg)?

☐ ja

☐ nein

3. Angaben zur Krankenversicherung

Name der Krankenkasse oder Krankenversicherung

Versichertennummer

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)

☐

Ich bin nicht krankenversichert.

4. Erklärungen

Ich befinde mich wegen des schädigenden Ereignisses bereits in psychotherapeutischer Behandlung.

☐ ja

☐ nein

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt werden müssen.

Ort, Datum

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

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der für die Bearbeitung meines Antrages auf Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht zuständige Träger der Sozialen Entschädigung, die für die Bearbeitung meines Antrages erforderlichen Auskünfte und Unterlagen bei 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 (insbesondere medizinische Unterlagen wie Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Sektions- und Untersuchungsbefunde sowie Röntgenbilder und Ermittlungsunterlagen) einholt, 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. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Ich entbinde die behandelnden und beteiligten Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und sonstige schweigepflichtige Personen insoweit ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Mit der Übersendung der Berichte der Traumaambulanz über die durchgeführten Sitzungen, Diagnosen und Maßnahmen bin ich einverstanden.

☐ ja ☐ nein

Die Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit gegenüber dem zuständigen Träger der Sozialen Entschädigung 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. Ich stimme der Erfassung und Verarbeitung meiner Daten ausdrücklich zu.

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

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters/der Vertreterin oder des Betreuers/der Betreuerin
Ort, Datum	Stempel/Unterschrift Traumaambulanz

Eingaben entfernen