



Thüringer Landesverwaltungsamt · Postfach 100141 98490 Suhl

Thüringer Landesverwaltungsamt
Karl-Liebknecht-Straße 4
98527 Suhl

Bitte für amtliche Zwecke freihalten	
Eingangsstempel Landesverwaltungsamt	Eingangsstempel anderer Stellen (z.B. Krankenkassen)
Antragslisten-Nr.	

Antrag
auf Gewährung von **Versorgung für Eltern** nach dem
Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten
(Opferentschädigungsgesetz – OEG)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller !

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – möglichst in Maschinenschrift oder Blockschrift – und fügen Sie ggf. entsprechende Unterlagen bei. Die nachstehenden Angaben sind zur Feststellung eines Anspruches auf Elternversorgung nach dem OEG notwendig. Nach § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) sind Sie zur Mitwirkung verpflichtet, insbesondere alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

I. Angaben zur Person des/der Verstorbenen

Vor- und Zuname, ggf. Geburtsname und frühere Namen:	Geburtsdatum:	Todestag (Bitte Sterbeurkunde ggf. in Kopie beifügen):
Letzte Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Kreis, Land):		
Staatsangehörigkeit: Deutsch EU-Mitgliedsstaat: Sonstige:		
Hatte die/der Verstorbene bislang bereits Versorgung nach dem OEG erhalten oder beantragt? nein ja, vom/bei _____ in _____ Aktenzeichen:		

II. Angaben zur Person der Mutter/Adoptivmutter/Stiefmutter/Pflegemutter/Großmutter

Vor- und Zuname, ggf. Geburtsname und frühere Namen:	Geburtsdatum:	Telefon (tagsüber):
Aktuelle Anschrift:		
Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet		
Ggf. Anschrift des gesch./früheren/getrennt lebenden Ehegatten:		

Staatsangehörigkeit:			
Deutsch	EU-Mitgliedsstaat:	Sonstige:	
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Verstorbenen			
leibliche Mutter	Adoptivmutter	Stiefmutter	Großmutter
Pflegermutter			
Angaben zu noch lebenden Kindern (anzugeben sind auch Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder)			
Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
<i>Nur beantworten, wenn Sie das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:</i>			
Sind Sie voll erwerbsgemindert oder erwerbsunfähig im Sinne des Sozialgesetzbuch VI (SGB VI)?			
ja (Bitte Nachweis beifügen)		nein	
Nur beantworten, wenn Sie die <u>Großmutter</u> sind:			
Sind die Eltern des/der Verstorbenen noch am Leben?		ja	nein
wenn ja, Anschriften: _____			
Beziehen die Eltern Elternversorgung:		ja	nein
Hat/Hätte der /die Verstorbene Ihnen gegenüber Unterhalt geleistet?		ja	nein
III. Angaben zur Person des Vaters/Adoptivvaters/Stiefvaters/Pflegevaters/Großvaters			
Vor- und Zuname, ggf. Geburtsname und frühere Namen:		Geburtsdatum:	Telefon (tagsüber):
Aktuelle Anschrift:			
Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet			
Ggf. Anschrift des gesch./früheren/getrennt lebenden Ehegatten:			
Staatsangehörigkeit:			
Deutsch	EU-Mitgliedsstaat:	Sonstige:	
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Verstorbenen			
leiblicher Vater	Adoptivvater	Stiefvater	Großvater
Pflegevater			
Angaben zu noch lebenden Kindern (anzugeben sind auch Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder)			
Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
<i>Nur beantworten, wenn Sie das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:</i>			
Sind Sie voll erwerbsgemindert oder erwerbsunfähig im Sinne des Sozialgesetzbuch VI (SGB VI)?			
ja (Bitte Nachweis beifügen)		nein	

Nur beantworten, wenn Sie die Großmutter sind:

Sind die Eltern des/der Verstorbenen noch am Leben? ja nein

wenn ja, Anschriften: _____

Beziehen die Eltern Elternversorgung: ja nein

Hat/Hätte der /die Verstorbene Ihnen gegenüber Unterhalt geleistet? ja nein

IV. Angaben zum schädigenden Ereignis

Wann und **wo** ereignete sich die Gewalttat? (Datum, Uhrzeit und Ort bitte genau angeben)

Wie hat sich die Gewalttat zugetragen und wie wurde die Gesundheitsschädigung herbeigeführt? Was war Anlass für die Auseinandersetzung? Wer hat mit den Tötlichkeiten begonnen? Bitte schildern Sie möglichst genau und ausführlich den Tathergang, eventuell auf einem gesonderten Blatt (soweit Ihnen dieser bekannt ist).

Der/Die Verstorbene hat vor der an ihm verübten Gewalttat einer Person **Hilfe** geleistet und/oder sich an der **Festnahme** eines Straftäters beteiligt: ja nein

Die Gewalttat ereignete sich am **Arbeitsplatz** / in der **Ausbildungsstätte** auf dem **Weg dorthin** oder auf dem **Weg von dort nach Hause**: ja nein

Name und Anschrift der **Täterin** / des **Täters** (soweit bekannt):

Welche Zeugin / welchen Zeugen können Sie für das Tatgeschehen angeben? - Bitte Name(n) und Anschrift(en) -

Wer hat am Tatort **Erste Hilfe** geleistet? - Bitte Name(n) und Anschrift(en) -

Wurde **Strafanzeige** erstattet?

ja, am _____ bei _____

Welche Polizeidienststelle oder Staatsanwaltschaft hat die Angelegenheit bearbeitet? (Bitte Dienststelle, Anschrift, **Aktenzeichen**, **Tagebuchnummer** angeben)

nein, aus folgenden Gründen:

Ist wegen der Gewalttat ein **gerichtliches Verfahren** anhängig oder wurde bereits abgeschlossen?

nein ja, beim _____ -Gericht

in _____ Aktenzeichen:

Haben Sie einen Rechtsanwalt beauftragt, Ihre Interessen wegen der Gewalttat wahrzunehmen?

nein (Name, Anschrift, Aktenzeichen)

V. Angaben zu medizinischen Behandlungen der/des Verstorbenen

Name und Anschrift der Hausärztin / des Hausarztes zum Zeitpunkt der Schädigung und falls abweichend zum Todeszeitpunkt:

Wann und wo wurden ggf. ambulante bzw. stationäre Behandlungen wegen der durch die Gewalttat eingetretenen Gesundheitsschäden durchgeführt? - ggf. Anlage beifügen -

Bei welcher Krankenkasse war die/der Verstorbene krankenversichert? - Bitte Name und Anschrift mitteilen -

VI. Sonstiges

Haben Sie wegen des Todes Ihres Angehörigen bereits Ansprüche auf Entschädigung bei einer anderen Behörde, privaten oder gesetzlichen Versicherung oder sonstigen Stelle geltend gemacht bzw. bereits Leistungen erhalten? – ggf. Bescheid beifügen -

nein ja, geltend gemacht bei _____ Az. _____
 ja, geltend gemacht bei _____ Az. _____
 ja, erhalten von _____ Az. _____
 ja, erhalten von _____ Az. _____

Wurde wegen den Folgen der Gewalttat oder aus anderen Gründen vor dem Tod Ihres Angehörigen bereits ein Feststellungsverfahren nach dem Schwerbehindertenrecht - SGB IX - durchgeführt oder beantragt?

nein ja, bei _____ Az. _____

VII. Erklärungen der Antragstellerin / des Antragstellers

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesverwaltungsamt die für die Entscheidung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag bzw. weiteren Verfahren von mir benannten Ärzten und Krankenanstalten sowie bei Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind), insbesondere Entlassungsberichte/Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie dieses Aufschluss über die bei mir vorliegende/n Schädigung/en geben können.

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht eingeschränkt habe, u.a. auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein sich evtl. anschließendes Rechtsbehelfsverfahren. Sie bezieht sich auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Verwaltungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte und Psychologen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

_____, den _____, Ort _____ Datum _____ (Unterschrift des Antragstellers, Bevollmächtigten bzw. des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers)

Mit der Einholung von Auskünften und Unterlagen bei folgenden Stellen (z.B. Ärzten, Krankenanstalten usw.) bin ich nicht einverstanden:

_____, den _____, Ort _____ Datum _____ (Unterschrift des Antragstellers, Bevollmächtigten bzw. des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers)

Hinweis zum Datenschutz

Ihre Angaben werden erfasst und mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert. Der Antragsteller ist gemäß § 60 Sozialgesetzbuch I (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet. Er hat die zur Bearbeitung erforderlichen Angaben mitzuteilen und seine Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zu geben. Die Leistung kann nach § 66 SGB I versagt werden, wenn der Antragsteller seiner Mitwirkungspflicht nicht nachkommt. Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegt.

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.
Ich nehme zur Kenntnis, dass

- wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt werden müssen, und
- **meine evtl. Schadensersatzansprüche gegen die Täterin / den Täter mit Ausnahme von Schmerzensgeldansprüchen kraft Gesetzes auf das Landesverwaltungsamt übergehen (§ 5 OEG i.V.m. § 81 a BVG) und ich daher keine Vereinbarungen (z.B. Vergleich) mit der Täterin / dem Täter oder deren Versicherung treffen darf.**

(Ort, Datum)

(Unterschrift)