

Staatsangehörigkeit:

Deutsch EU-Mitgliedsstaat: _____ Sonstige: _____

Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Verstorbenen

leibliche Mutter Adoptivmutter Stiefmutter Pflegemutter Großmutter

Angaben zu noch lebenden Kindern (anzugeben sind auch Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder)

Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis

Nur beantworten, wenn Sie das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

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

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 Pflegevater Großvater

Angaben zu noch lebenden Kindern (anzugeben sind auch Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder)

Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis

Nur beantworten, wenn Sie das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

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 Tätlichkeiten 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 _____ Datum _____
Ort _____ (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 _____ Datum _____
Ort _____ (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)