



Thüringer Landesverwaltungsamt · Postfach 100141 98490 Suhl

Bitte Feld frei lassen für Eingangsvermerk der Behörde

Thüringer Landesverwaltungsamt
Karl-Liebknecht-Straße 4
98527 Suhl

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 <input type="checkbox"/> Divers		Name, Vorname:		Geburtsname oder früherer Name:	
2. Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ), Geburtsort:		3. *Freiwillige Angaben			
		Telefonnummer (tagsüber):*			
		E-Mail-Adresse:*			
4. Familienstand				seit:	Zahl der Kinder:
<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			
5. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt:	Straße und Hausnummer:		Postleitzahl:	Wohnort:	
(Bitte fügen Sie eine Kopie eines Identitätsausweises bei (z. B. Personalausweis, Reisepass))					
6. <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): _____ _____ <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Weg zum / vom Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Schule / Ausbildungs- / Betreuungseinrichtung <input type="checkbox"/> Weg zu / von Schule / Ausbildungs- / Betreuungseinrichtung Bitte geben Sie Name und Anschrift Ihres Arbeitgebers / Ihrer Ausbildungseinrichtung / Ihrer zuständigen Berufsgenossenschaft / Unfallkasse an: _____ <input type="checkbox"/> sonstiger Tatort
3. Ist Strafanzeige erstattet worden? <input type="checkbox"/> ja bei: _____ am (Datum): _____ Aktenzeichen: _____ <input type="checkbox"/> nein, Gründe (bitte erläutern)** _____ _____ <input type="checkbox"/> Ich mache von meinem gesetzlichen Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch <input type="checkbox"/> keinen Gebrauch
4. Name und Anschrift - soweit bekannt <input type="checkbox"/> des Täters / der Täter / der Täterin/nen: _____ <input type="checkbox"/> weiterer Tatbeteiligter: _____ <input type="checkbox"/> von Tatzeugen: _____ <input type="checkbox"/> von Ersthelfern: _____
5. Hat ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren / gerichtliches Verfahren stattgefunden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: _____ Aktenzeichen: _____
6. Tathergang (<u>Bitte schildern Sie den wesentlichen Ablauf der Gewalttat; statt dessen können Sie auch eine Kopie des Strafantrags und / oder des Polizeiprotokolls beifügen</u>) _____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> 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 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).

III. Angaben zu Gesundheitsstörungen / Schädigungen

1. Zu welchen körperlichen und / oder seelischen Gesundheitsstörungen hat die Gewalttat geführt?*

2. Liegen diese heute noch vor?*

ja, folgende: _____

nein

3. Nur in Ausnahmefällen:
Möchten Sie bereits vor der Entscheidung über diesen Antrag vorläufige Leistungen der Heilbehandlung erhalten (z. B. Zahnbehandlung, psychische Soforthilfe)?

nein ja (**bitte begründen***)

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

ja, folgende: _____

nein

5. Sind Sie krankenversichert?

ja falls ja: gesetzlich privat

nein

derzeitige Krankenkasse: _____ Mitglied seit: _____

ggf. frühere Krankenkasse: _____

IV. Angaben zu ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlungen

1. Stationäre Behandlung wegen der Folgen der Gewalttat*

von-bis: _____ Name, Anschrift des Krankenhauses und / oder Abteilung / Station: _____
 der Reha-Einrichtung: _____

2. Ambulante Behandlung wegen der Folgen der Gewalttat*

von-bis: _____ Name, Anschrift Hausarzt / behandelnde(r) Arzt /Ärztin / ggf. Fachrichtung: _____
 Psychotherapeut/in: _____

3. Welche der unter Ziffer III geltend gemachten Gesundheitsstörungen / Schädigungen haben bereits vor der Gewalttat bestanden (ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung)?*

keine folgende: _____

Name, Anschrift Arzt / Ärztin / Psychotherapeut/in:	Behandlung von - bis:	wegen welcher Gesundheitsstörung / Schädigung:
_____	_____	_____
_____	_____	_____

V. Angaben zur beruflichen Situation

1. Beruf / Tätigkeit, ggf. Studium vor der Gewalttat: _____

2. Fühlen Sie sich durch die Folgen der Gewalttat in Ihrer Berufsausübung beeinträchtigt?

nein ja In welcher Form (**bitte begründen***)?

*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?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Falls ja, gegenüber			
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft, private Unfallversicherung)	<input type="checkbox"/> Krankenversicherung		
<input type="checkbox"/> dem Täter / der Täterin (Schadensersatz / Schmerzensgeld)	<input type="checkbox"/> gesetzlicher Rentenversicherung		
<input type="checkbox"/> ausländischen Entschädigungssystemen	<input type="checkbox"/> sonstigen Leistungsträgern?		
2. Falls Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten besteht: Haben Sie diese Ansprüche bereits geltend gemacht? Bitte fügen Sie ggf. Belege bei.			
<input type="checkbox"/> ja, gegenüber	Name, Anschrift des Leistungsträgers oder Gerichts:		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> nein (bitte begründen*)			
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
3. Beziehen Sie bereits Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz, Häftlingshilfegesetz, Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz, Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz)?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	zuständige Behörde:	Aktenzeichen:
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Liegt eine anerkannte Behinderung vor?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	zuständige Behörde:	Aktenzeichen:
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Falls es zu einer Geldleistung kommt, soll diese auf folgendes Konto überwiesen werden:			
BIC: <input type="text"/>	IBAN: <input type="text"/>		
Geldinstitut: <input type="text"/>	Kontoinhaber/in: <input type="text"/>		
6. Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
7. Bei der Antragstellung hat mich unterstützt (z. B. Opferhilfeorganisation, Polizei, Psychotherapeut/in):			
<input type="text"/>			

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:

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

Ich habe Kenntnis, dass

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

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

Ich entbinde die behandelnden und beteiligten 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 -

Unterschrift für Einverständniserklärung:

Ort, Datum:

Einverständniserklärung

Wenn ich meinen Antrag beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales stelle, bin ich damit einverstanden, dass meine Unterlagen unverzüglich an die für mich zuständige Versorgungsbehörde weitergeleitet werden. Andernfalls werden meine Antragsunterlagen wieder an mich zurückgeschickt. Die Antragsunterlagen und meine Daten werden im Bundesministerium für Arbeit und Soziales gemäß DSGVO weder gespeichert noch verarbeitet.

Ort, Datum:

Unterschrift für Einverständniserklärung:

