



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
 Witwen-/Witwerversorgung und / oder **Waisenversorgung**
 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 Maschinen- oder Blockschrift – und fügen Sie ggf. entsprechende Unterlagen bei. Die nachstehenden Angaben sind zur Feststellung eines Anspruches auf Hinterbliebenenversorgung 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

1. Vor- und Zuname, ggf. Geburtsname und frühere Namen	2. Geburtsdatum	3. Todestag (Bitte Sterbeurkunde ggf. in Kopie beifügen)
4. Letzte Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Kreis, Land)		
5. Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> EU-Mitgliedsstaat: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____		
6. Hatte die/der Verstorbene bislang bereits Versorgung nach dem OEG erhalten oder beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von/bei _____ in _____ Aktenzeichen: _____		

II. Angaben zu den Hinterbliebenen (Witwe/Witwer) Angaben zu der/den Waise(n) bitte bei Punkt IV

1. Vor- und Zuname, ggf. Geburtsname und frühere Namen	2. Geburtsdatum	3. Telefonisch tagsüber erreichbar unter Nr.:
4. Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		

5. Staatsangehörigkeit:

Deutsch EU-Mitgliedsstaat: _____ Sonstige: _____

III. Ergänzende Angaben zum Antrag auf Witwen-/Witwerversorgung

1. Tag der Eheschließung mit der/dem Verstorbenen: - Bitte Heiratsurkunde beifügen -

2. Wurde diese Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt? - Ggf. bitte Gerichtsurteil beifügen -

nein ja, am _____ vom _____

3. Haben Sie nach dem Tod der/des Verstorbenen wieder geheiratet? - Ggf. bitte Heiratsurkunde beifügen -

nein ja, am _____

4. Wurde diese neue Ehe wieder aufgelöst (Tod des Ehegatten, Scheidung etc.)? - Ggf. bitte entspr. Urkunde beifügen -

nein ja, am _____

5. Werden oder wurden Versorgungs-, Renten- oder Unterhaltsansprüche, die sich aus dieser aufgelösten neuen Ehe herleitet (z.B. Unterhaltsleistungen des geschiedenen Ehegatten, Renten aus der gesetzl. Renten- oder Unfallversicherung, Leistungen – auch freiwillige - aus sonstigen Versorgungseinrichtungen, Lebensversicherungen und sonstige einmalige und laufende Leistungen), gewährt oder beantragt?

nein ja, gewährt von/beantragt bei: _____ Aktenzeichen: _____

IV. Ergänzende Angaben zum Antrag auf Waisenversorgung

Hinweis: Waisenversorgung kommt in Betracht für Waisen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, unter bestimmten Voraussetzungen ferner für Waisen, die sich noch in Schul- oder Berufsausbildung befinden bzw. ein freiwilliges soziales Jahr leisten, sowie für Waisen, die infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande sind, sich selbst zu unterhalten. - **Bitte Geburtsurkunde ggf. in Kopie beifügen** -

1. Vor- und Zuname	2. Geburtsdatum	3. Kindschaftsverhältnis zum Verstorbenen (ehelich, adoptiert, Pflegekind, Stiefkind u.s.w.)	4. Bei vollendetem 18. Lebensjahr: Schul- oder Berufsausbildung, freiwilliges soziales Jahr oder gebrechlich
a) _____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____
5. Anschrift	6. Familienstand	7. Staatsangehörigkeit	
a) _____	_____	_____	
b) _____	_____	_____	
8. Ist für die Waise(n) ein Vormund / eine Betreuerin / ein Betreuer bestellt? - Ggf. bitte entspr. Nachweise beifügen -			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, für _____			

V. Angaben zum schädigenden Ereignis

- Nur auszufüllen, wenn die/der Verstorbene bislang noch keine Versorgung nach dem OEG erhalten oder beantragt hatte -

1. **W a n n** und **w o** ereignete sich die Gewalttat? (Datum, Uhrzeit und Ort bitte genau angeben)

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

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

4. 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).

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

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

7. Wurde **Strafanzeige** erstattet?
 ja, am _____ bei _____
 Welche Polizeidienststelle oder Staatsanwaltschaft hat die Angelegenheit bearbeitet? (Bitte Dienststelle, Anschrift, **Aktenzeichen, Tagebuchnummer** angeben)

 nein, aus folgenden Gründen: _____

8. Ist wegen der Gewalttat ein **gerichtliches Verfahren** anhängig oder wurde bereits abgeschlossen?
 nein ja, beim _____ -Gericht in _____ Aktenzeichen: _____

9. Haben Sie einen Rechtsanwalt beauftragt, Ihre Interessen wegen der Gewalttat wahrzunehmen?
 nein ja (Name, Anschrift, Aktenzeichen) _____

10. Hat der/die Verstorbene bislang bereits Versorgung nach dem OEG erhalten oder beantragt?
 nein ja, bei _____ Aktenzeichen: _____

VI. Angaben zu ärztlichen Behandlungen und zur Krankenversicherung

1. Hausärztin / Hausarzt zum Zeitpunkt der Schädigung: _____

2. Hausärztin / Hausarzt zum Todeszeitpunkt (falls abweichend): _____

3. **Ambulante** und **stationäre** Behandlungen wegen der durch die Gewalttat eingetretenen Gesundheitsschäden:
 - ggf. Anlage beifügen -

von - bis		wegen (Krankheitsbezeichnung)	bei (Name und Anschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes bzw. des Krankenhauses – einschl. der Abtlg)
_____	<input type="checkbox"/> ambulant	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> stationär	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> ambulant	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> stationär	_____	_____

4. Welcher(n) **Krankenkasse(n)** oder **Krankenversicherung(en)** hat der/die Verstorbene angehört
 (Bezeichnung, Anschrift und Dauer der Zugehörigkeit – Bitte lückenlos ab der Gewalttat -)?

V. Sonstiges

1. 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 -

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, geltend gemacht bei	_____	Az.	_____
	<input type="checkbox"/> ja, geltend gemacht bei	_____	Az.	_____
	<input type="checkbox"/> ja, erhalten von	_____	Az.	_____
	<input type="checkbox"/> ja, erhalten von	_____	Az.	_____

2. 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?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	_____	Az.	_____
-------------------------------	----------------------------------	-------	-----	-------

VI. Erklärungen der Antragstellerin / des Antragstellers

Einverständniserklärung

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 _____
(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 _____
(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)