

Antrag

auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG)



SACHSEN-ANHALT

Landesverwaltungsamt

Eingangsstempel

Geschäftszeichen

Zur Bearbeitung dieses Antrages bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten. **Wir weisen Sie darauf hin (§ 9 Bundesdatenschutzgesetz – BDSG), dass diese Angaben für die rechtmäßige Erfüllung der Aufgaben nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) erforderlich sind.**
- Sofern der Platz im Formular nicht ausreichend ist, bitte ein separates Ergänzungsblatt verwenden. -

1. Angaben zur Person

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

1.1	Name, Geburtsname (ggf. Namenszusatz)		
1.2	Vorname		
1.3	Geburtsdatum (Bitte Geburtsurkunde beifügen)		
1.4	Geburtsort, Kreis, Land	1.5	Staatsangehörigkeit
1.6	wohnhaft in Deutschland seit _____ <small style="text-align: right;">gilt für Ausländer, die zum Zeitpunkt der Schädigung nicht der EU angehörten. Bitte weisen Sie Ihren Aufenthaltstitel nach (Kopie der Ausländerbehörde, falls vorhanden)</small>		
1.7	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwe(r)t <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft ist aufgehoben <input type="checkbox"/> Ich lebe von meinem Ehepartner / Lebenspartner getrennt seit: _____ Zahl der Kinder: _____		
1.8	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (Bitte Meldebestätigung beifügen) Straße, Hausnummer _____ PLZ / Wohnort _____		
1.9	Telefon _____		
1.10	Beruf Derzeitiger Beruf _____ Frühere Berufe _____		

1.11	<p>Sind Sie durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen in der Ausübung Ihres Berufs beeinträchtigt oder können Sie diesen Beruf nicht mehr ausüben?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, Gründe:</p> <p>Sind Sie an Berufsförderungsmaßnahmen interessiert?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Gründe:</p>
1.12	<p>Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer oder Pfleger bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers angeben (ggf. bitte Bestallungsurkunde oder Betreuungsausweis beifügen)</p> <p>Name, Vorname</p> <hr/> <p>Straße, Hausnummer</p> <hr/> <p>PLZ / Wohnort</p>

2. Angaben zur Schädigung, zum Tathergang und zur Strafverfolgung

2.1	<p>Angaben der Gesundheitsschäden, für die Versorgung beantragt wird</p> <p>Welche der genannten Gesundheitsschäden liegen zur Zeit noch vor?</p>
2.2	<p>Tatzeit (Datum, Uhrzeit)</p>
2.3	<p>Tatort (genaue Beschreibung)</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Weg vom/zum Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Schulweg <input type="checkbox"/> Sonstiges</p>
2.4	<p>Tatvorgang (genaue Schilderung des Tathergangs)</p>
2.5	<p>Tatanlass (Ursache der Tätlichkeit, sofern der Tat ein Streit voraus ging, Schilderung des Streitverlaufs und Wortwechsels)</p>
2.6	<p>Name und Anschrift des Täters/der Täter (soweit bekannt)</p>
2.7	<p>Tatzeugen (Namen und Anschriften)</p>
2.8	<p>Wer hat erste Hilfe geleistet?</p>

2.9	Ist Strafanzeige erstattet worden?
	<input type="checkbox"/> ja, bei: _____ Aktenzeichen: _____ am (Datum): _____ <input type="checkbox"/> nein, Gründe: _____
2.10	Ist ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren eingeleitet oder durchgeführt worden?
	<input type="checkbox"/> ja, bei: _____ Aktenzeichen: _____ <input type="checkbox"/> nein
2.11	Ist ein gerichtliches Verfahren eingeleitet oder durchgeführt worden?
	<input type="checkbox"/> ja Art des Verfahrens <input type="checkbox"/> Strafverfahren <input type="checkbox"/> Privatklage <input type="checkbox"/> _____ bei: _____ Aktenzeichen: _____ <input type="checkbox"/> nein

3. Angaben über Kranken- / Rentenversicherung und ärztliche Behandlungen

3.1	Krankenkasse oder Krankenversicherung			
	Name	Versicherungsnummer		
	Straße, Hausnummer	PLZ / Ort		
3.2	Rentenversicherungsnummer			
3.3	Krankenhausbehandlungen wegen der Verletzungen / Gesundheitsschäden			
	von	bis	Name und Anschrift des Arztes bzw. Krankenhauses	
3.4	Sonstige ärztliche Behandlungen wegen der Verletzungen / Gesundheitsschäden			
	von	bis	Name und Anschrift des Arztes bzw. Krankenhauses	
3.5	Welche wesentlichen Erkrankungen oder Behinderungen haben vor Eintritt der Schädigung bestanden (ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung)?			
	von	bis	Name und Anschrift des Arztes bzw. Krankenhauses	wegen welcher Krankheit/ Behinderung

3.6	Hausarzt
	Name
	Straße, Hausnummer
	PLZ / Ort

4. Sonstige Angaben

4.1	Haben Sie wegen der Gesundheitsschäden, für die Sie Versorgung beantragen, auch bei anderen Stellen Ansprüche geltend gemacht?
	<input type="checkbox"/> ja, Bezeichnung und Anschrift der Stelle: _____
	Aktenzeichen: _____
	<input type="checkbox"/> nein
4.2	Haben Sie wegen der Gesundheitsschäden, für die Sie Versorgung beantragen, bereits Schadensersatzansprüche bei dem Täter oder seiner Versicherung angemeldet?
	<input type="checkbox"/> ja, Name und Anschrift des Schädigers oder der Versicherung: _____
	Aktenzeichen: _____
	<input type="checkbox"/> nein
4.3	Haben Sie bereits einen Anspruch auf Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären (z.B. Soldatenversorgungsgesetz, Häftlingshilfegesetz, Infektionsschutzgesetz, Zivildienstgesetz) gestellt?
	<input type="checkbox"/> ja, Name und Anschrift der Versorgungsbehörde: _____
	Aktenzeichen: _____
	<input type="checkbox"/> nein
4.4	Haben Sie bereits einen Antrag auf Feststellung von Behinderungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) bzw. dem Schwerbehindertengesetz gestellt?
	<input type="checkbox"/> ja, Name und Anschrift der Versorgungsbehörde: _____
	Aktenzeichen: _____
	<input type="checkbox"/> nein
4.5	Zustehende Versorgungsleistungen nach dem OEG sollen überwiesen werden an:
	Kontoinhaber
	Geldinstitut
	IBAN
	BIC

Erklärung:

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben, sowie die im ggf. beigefügten Ergänzungsblatt, nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Ich verpflichte mich, auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben, evtl. überzahlte Beträge dem Landesverwaltungsamt zu erstatten und beauftrage dazu das jeweils kontoführende Geldinstitut, an das die Versorgungsbezüge überwiesen werden.

Anlagen: Ergänzungsblatt/-blätter (Anzahl) _____ _____ _____

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters

Erklärungen und Hinweise

Ich habe Kenntnis, dass

- das Landesverwaltungsamt 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 Täterin/nen frühzeitig von meiner Antragstellung in Kenntnis setzen. Sollte ich dies nicht wünschen, werde ich auf dem/den ggf. beigefügten Ergänzungsblatt/-blättern die Gründe darstellen. Das Landesverwaltungsamt 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 dem Landesverwaltungsamt im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen und/oder der Auswertung beigezogener medizinischer Befunddokumentationen bekannt geworden sind,

- erfasst und gespeichert werden (§ 67c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X) und
- anderen Gutachterinnen und Gutachtern, die vom Landesverwaltungsamt ggf. mit der medizinischen Begutachtung/Untersuchung 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 meiner Sozialdaten jederzeit formlos widersprechen kann** (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich mit der Einlegung eines diesbezüglichen Widerspruchs gegen meine Mitwirkungspflichten nach §§ 60 - 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) verstoßen würde, was die Entscheidung über meinen Antrag/Widerspruch voraussichtlich deutlich erschweren und verzögern bzw. auch zur Versagung oder Entziehung der beantragten oder bisher gewährten Leistungen nach dem OEG führen könnte.

Einverständniserklärung

Soweit ich keine für die Anspruchsprüfung erforderlichen Unterlagen beifüge, wird das Landesverwaltungsamt 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, Psychologen, 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 -

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters