

Betroffene von Gewalttaten (Geschädigte / Angehörige / Hinterbliebene / Nahestehende), die **Gesundheitsstörungen** erlitten oder einen Angehörigen verloren haben, können **Entschädigungsleistungen** nach dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (Soziale Entschädigung – **SGB XIV**) beantragen.

Welche Ereignisse werden entschädigt?

- vorsätzliche körperliche Gewalttaten
- psychische Gewalttaten
- das Miterleben einer Gewalttat
- das Auffinden einer/eines Geschädigten
- das Überbringen der Nachricht vom Tode/von der schwerwiegenden Verletzung von Angehörigen oder Nahestehenden

Welche weiteren Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

- ein schädigendes Ereignis in der Bundesrepublik Deutschland oder bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt
- vorübergehende/dauerhafte Gesundheitsstörungen oder der Tod eines Angehörigen infolge des schädigenden Ereignisses
- Antrag auf Entschädigungsleistungen

Welche Leistungen werden umfasst?

- psychotherapeutische (Früh-) Intervention
- Krankenbehandlung
- Leistungen bei Pflegebedürftigkeit
- monatliche Entschädigungszahlungen (bei dauerhaften Gesundheitsstörungen)
- Leistungen im Einzelfall (bspw. Leistungen bei Blindheit)
- Sach-/Vermögensschäden werden nicht ersetzt
- Schmerzensgeld wird nicht gezahlt

Welche Behörde ist im Freistaat Sachsen zuständig?

Der Kommunale Sozialverband Sachsen (KSV Sachsen) ist Ihr Ansprechpartner.
Unsere Kontaktdaten sowie einen Kurzantrag finden Sie auf der Rückseite dieser Information.

Betroffene von Gewalttaten können nach dem SGB XIV psychotherapeutische Hilfe in Traumaambulanzen und weitere Entschädigungsleistungen erhalten.

Diese Leistungen müssen beantragt werden. Für eine erste Kontaktaufnahme genügt es, diesen **Kurzantrag** auszufüllen (☒) und an die eingetragene Adresse zu senden.

Postversand an - Fensterkuvert - Kommunaler Sozialverband Sachsen Fachbereich 4 - Soziales Entschädigungsrecht Reichsstraße 3 09112 Chemnitz	Beratung / Versand auch unter Telefon: 03 71 / 5 77 – 5 60 soziale.entschaedigung@ksv-sachsen.de
--	---

1	Ich beantrage psychotherapeutische Hilfe in einer Traumaambulanz.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	--	-----------------------------	-------------------------------

Ich habe Kontakt zu keiner / zu folgender Traumaambulanz:

Beschreibung der akuten psychischen Belastung / Beschreibung der Umstände eines erst späten Auftretens (Auslöser/Trigger der akuten Belastung)

2	Ich beantrage weitere Entschädigungsleistungen des SGB XIV.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	--	-----------------------------	-------------------------------

3.1	Persönliche Angaben der hilfesuchenden Person
-----	--

Name, Vorname	geb. am
PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer	Staatsangehörigkeit: Ich halte mich in Deutschland auf seit (TT/MM/JJJJ):
Telefon/E-Mail (freiwillige Angabe)	gesetzlich vertreten durch (Kontaktdaten):

Ich bin unmittelbar selbst betroffen von Gewalt. → weiter bei 3.3

Ich bin Angehörige(r) oder Nahestehende(r) einer von Gewalt betroffenen Person. → weiter bei 3.2
(Ehegatte; Kind; Elternteil; Bruder/Schwester; Person, die mit der betroffenen Person eine eheähnliche Lebensgemeinschaft führt.)

Ich bin Hinterbliebene(r) einer durch Gewalt verstorbenen Person. → weiter bei 3.2
(Witwe; Witwer; Waise; Elternteil; betreuungsunterhaltsberechtigte Person; als Waise gilt auch ein Stief-/Pflegekind, wenn es in den Haushalt der verstorbenen Person aufgenommen ist)

3.2	Angaben zu einer betroffenen oder verstorbenen Person <small>(wenn ich nicht unmittelbar selbst von Gewalt betroffen bin)</small>
-----	---

Name, Vorname	geb. am	ggf. verstorben am
Die betroffene/verstorbene Person ist <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester <input type="checkbox"/> eheähnlicher Partner.		

3.3	Angaben zur Gewalttat
-----	------------------------------

Tatzeit	Tatort, möglichst genaue Adresse im Inland (oder Ausland)
Besteht ein Zusammenhang mit dem Schulbesuch/der Berufsausübung (ggf. Schul-/Arbeitsweg)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Kurze Beschreibung des Tatgeschehens (ggf. separates Blatt verwenden)	

4 Datum Ihre Unterschrift / Unterschrift des Vertretenden
---	----------------	--