Kommunaler Sozialverband Sachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Höherer Kommunalverband

Information für Betroffene von Gewalttaten

nach dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (Soziale Entschädigung – SGB XIV)

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

Sie haben eine körperliche oder psychische Gewalttat (mit-) erlebt oder einen Angehörigen durch eine Gewalttat verloren und möchten wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen **Leistungen nach dem SGB XIV beantragen**. Dies können Sie bei uns, dem **Kommunalen Sozialverband Sachsen,** als der dafür zuständigen Behörde im Freistaat Sachsen tun. Unsere Anschrift finden Sie im Adressfeld des Antragsformulars. Gern können Sie uns auch telefonisch unter **0371 577 550** oder per E-Mail an **soziale.entschaedigung@ksv-sachsen.de** kontaktieren.

Bitte füllen Sie das Antragsformular möglichst vollständig aus und senden es zusammen mit der beigefügten Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung jeweils unterschrieben an uns. Alternativ haben Sie die Möglichkeit, den Antrag online auf dem Portal Amt 24 zu stellen (www.amt24.sachsen.de).

Haben Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht im Freistaat Sachsen, sondern in einem anderen Bundesland, werden wir Ihren Antrag an die zuständige Behörde weiterleiten.

Benötigen Sie Unterstützung bei der Antragsstellung oder bei der Bewältigung der Situation?

Sollten Sie einige der Fragen im Antragsformular als belastend empfinden, unterstützen wir Sie gern bei der Antragstellung und bei der Bewältigung der Situation. Bitte wenden Sie sich an uns.

Unterstützung erhalten Sie selbstverständlich auch bei Organisationen der Opferhilfe. So bietet der **WEISSE RING e. V.** unter der kostenfreien, anonymen und bundesweiten Telefonnummer 116 006 einen Beratungsdienst für Betroffene von Gewalttaten an, der an regionale Außenstellen oder andere Organisationen in Ihrer Nähe weiterverweist (www.weisser-ring.de). Unterstützung mit regionalen Beratungsstellen bietet auch die **Opferhilfe Sachsen e. V.** (www.opferhilfe-sachsen.de).

Betroffene von sexualisierter Gewalt im Kindesalter können sich zudem anonym und kostenfrei an die **Telefonische Anlaufstelle des Unabhängigen Beauftragten zu Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs** wenden (Telefonnummer 0800 22 55 530; www.hilfeportal-missbrauch.de). Das Angebot ist mehrsprachig.

Gewaltbetroffene Frauen können sich rund um die Uhr, anonym und kostenfrei von den Mitarbeiterinnen des bundesweiten **Hilfetelefons „Gewalt gegen Frauen“** beraten lassen (Telefonnummer 116 016). Das Angebot ist mehrsprachig und barrierefrei. Zudem wird eine Online-Beratung angeboten (www.hilfetelefon.de).

Sollten Sie **dringende psychotherapeutische Hilfe in einer Traumaambulanz** benötigen, dann können Sie gern Kontakt zu uns oder den vorgenannten Hilfsorganisationen aufnehmen oder dies im Antrag vermerken.

Welche Angaben müssen Sie zur Gewalttat machen?

Als zuständige Behörde sind wir verpflichtet, den Sachverhalt aufzuklären. Hierzu benötigen wir Ihre Mitwirkung. Detaillierte Angaben zum Tatgeschehen sind insbesondere dann erforderlich, wenn z. B. keine Tatzeugen bekannt sind.

Sollte bereits eine Strafanzeige gegen den Täter/die Täterin gestellt oder ein Strafverfahren eingeleitet oder durchgeführt worden sein, bitten wir Sie, das entsprechende Aktenzeichen im Antrag zu vermerken. Wir fordern dann die Ermittlungsakten an.

Mit welcher Verfahrensdauer können Sie rechnen?

Der Eingang Ihres Antrags wird Ihnen schriftlich bestätigt. Dort sind die Kontaktdaten Ihrer Bearbeiterin / Ihres Bearbeiters vermerkt. Wir sind bestrebt, zügig über Ihren Antrag zu entscheiden. Aufgrund umfangreicher Sachverhaltsaufklärung kann die Bearbeitung im Einzelfall längere Zeit in Anspruch nehmen. Hierfür bitten wir um Verständnis.

Sozialdatenschutz

Der Sozialdatenschutz unterliegt den Regelungen des Sozialrechts. Bitte beachten Sie dazu die datenschutzrechtlichen Hinweise im beigefügten Informationsblatt zum Datenschutz.

Was ist sonst noch wichtig?

Um dem Staat die Möglichkeit zu geben, den Täter / die Täterin strafrechtlich zu verfolgen, sieht das SGB XIV vor, dass der Antragsteller/die Antragstellerin das dazu Mögliche und Zumutbare beiträgt (bspw. Strafanzeige).

Wenn Leistungen der Sozialen Entschädigung erbracht werden, gehen Ihre Schadenersatzansprüche gegen den Täter / die Täterin auf den Staat über (mit Ausnahme eines Anspruchs auf Sach-/Vermögensschäden und Schmerzensgeld). Das bedeutet, dass Ersatz für die erbrachten Leistungen vom Täter / von der Täterin gefordert werden. Unter bestimmten Voraussetzungen kann im Ausnahmefall davon abgesehen werden.

Ihr Kommunaler Sozialverband Sachsen

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Höherer Kommunalverband

Antrag auf Leistungen für Opfer von Gewalttaten

Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (Soziale Entschädigung – SGB XIV)

Geschädigte

Adresse der zuständigen Behörde - Fensterkuvert -

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Fachbereich 4
Soziales Entschädigungsrecht
Reichsstr. 3
09112 Chemnitz

Bitte Feld frei lassen für Eingangsvermerk

I. Angaben zur Person

1. Name, Vorname: ……..

   Geburtsname/frühere Namen: ……...

   ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

2. Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): .....

3. Freiwillige Angaben
   Telefonnummer: ……..
   E-Mail-Adresse: ……..

4. Anschrift: Straße und Hausnummer: ..... Postleitzahl: ..... Wohnort: .....

5. Staatsangehörigkeit (bspw. für Dolmetscherleistungen):
   ☐ deutsch
   Bitte fügen Sie eine Kopie des Personalausweises/Reisepasses bei (unabhängig von der Staatsangehörigkeit).
   ☐ .....
   Seit wann halten Sie sich in Deutschland auf (Datum TT/MM/JJJJ)? ……..……..

6. Ich werde vertreten durch eine/einen
   ☐ gesetzliche Vertreterin/gesetzlichen Vertreter oder ☐ Bevollmächtigte/Bevollmächtigten
   ☐ Betreuerin/Betreuer
   Bitte fügen Sie eine Kopie der Vollmacht bei.
   Bitte fügen Sie eine Kopie der Bestallungsurkunde bzw. des Betreuerausweises bei.

   Name, Vorname und Anschrift der Vertreterin/des Vertreters:

   ……....

   ……....

   ……

II. Angaben zur Gewalttat

1. **Tatzeit** (soweit möglich: Uhrzeit, Tag, Monat, Jahr):
   .....

2. **Tatort** (soweit möglich: Ortsbeschreibung, bspw. Land/Ort, Straße, Hausnummer, Wohnung):

   .....

   .....

   ☐ Arbeitsplatz, einschließlich Hin-/Rückweg

   ☐ Schule/Ausbildungs-/Betreuungseinrichtung, einschließlich Hin-/Rückweg

   Kontaktdaten des Arbeitgebers/der Ausbildungseinrichtung/der Betreuungseinrichtung:

   Kontaktdaten der zuständigen Berufsgenossenschaft/Unfallkasse:

   .....

   ☐ Bei Tatort im Ausland: Zweck des Auslandsaufenthaltes ……..... Geplanter Zeitraum des Auslandsaufenthaltes ……..

3. **Tatgeschehen** (Bitte schildern Sie den Sachverhalt bzw. fügen Sie die Kopie des Strafantrags/Polizeiprotokolls bei.)

   ……

   ……

   ……

4. **Weitere Angaben zum Tatgeschehen**

   Name und Anschrift - soweit bekannt -

   ☐ Täterin/Täter: ……..

   ☐ weitere Tatbeteiligte: ……

   ☐ Tatzeugen: ……..

   ☐ Ersthelfer: ……

5. **Wurde Strafanzeige gestellt?**

   ☐ ja bei: …….. am (Datum): ……..

   ☐ nein, Gründe (bitte erläutern)[1] Aktenzeichen: ……

   .....

   ☐ Ich mache von meinem gesetzlichen Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch.

5. **Hat ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren/strafgerichtliches Verfahren stattgefunden?**

   ☐ ja bei: …….. Aktenzeichen: ……..

   ☐ nein

5. **Haben Sie wegen der Gewalttat beim Bundesamt für Justiz Härteleistungen als Opfer terroristischer und extremistischer Taten beantragt oder erhalten?**

   ☐ ja am: …….. in Höhe von …… €

   ☐ nein

[1] Nach dem SGB XIV sind Sie verpflichtet, das Ihnen Mögliche und Zumutbare zur Aufklärung des Sachverhalts und zur Verfolgung der Täterin / des Täters beizutragen. Dazu gehört bspw. 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 verschwägerte Personen (bspw. Eltern, Großeltern), bzw. in der Seitenlinie bis zum dritten Grad verwandte oder bis zum zweiten Grad verschwägerte Personen (bspw. Geschwister, Onkel, Tante).

III. Angaben zu gesundheitlichen Schädigungen

1. Zu welchen körperlichen und/oder seelischen gesundheitlichen Schädigungen hat die Gewalttat geführt?

   ……

   ……

   ……

2. Liegen diese gesundheitlichen Schädigungen heute noch vor?

   ☐ ja, folgende: …… ☐ nein

   ……

   ……

3. Wurde durch die Gewalttat ein im/am Körper getragenes Hilfsmittel beschädigt (bspw. Brille, Hörgerät, Zahnersatz)?

   ☐ ja, folgendes: …… ☐ nein

4. Benötigen Sie aufgrund der Gewalttat psychotherapeutische Intervention in einer Traumaambulanz?

   ☐ ja ☐ nein

   Ich habe bereits Kontakt aufgenommen zu folgender Traumaambulanz: ……

5. Sind Sie krankenversichert?

   ☐ ja → ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ privat und zusätzlich Beihilfeanspruch ☐ Freie Heilfürsorge

   derzeitige Krankenkasse/Beihilfe-/Heilfürsorgestelle: …….. versichert seit: ……

   persönl. Krankenversicherungsnummer (KVNR): .....

   ☐ nein

   frühere Krankenkasse/Beihilfe-/Heilfürsorgestelle: …….. versichert bis: ……

IV. Angaben zu ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlungen

1. Stationäre Behandlung wegen der Folgen der Gewalttat

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

2. Ambulante Behandlung wegen der Folgen der Gewalttat

von - bis:	Kontaktdaten behandelnder Ärztinnen/Ärzte/Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten:	Fachrichtung:
……..	……	……
……..	……	……
……..	……	……

3. Bestanden Gesundheitsstörungen bereits **vor der Gewalttat**?

   ☐ nein ☐ ja, folgende:

   ……

Kontaktdaten behandelnder Ärztinnen/Ärzte/Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten	Behandlung von - bis:	aufgrund folgender Gesundheitsstörungen:
……	……	……
……	……	……

4. Kontaktdaten Ihrer Hausarztpraxis

V. Angaben zur beruflichen Situation

1. Beruf/Tätigkeit bzw. Schule/Ausbildung/Studium vor der Gewalttat: ……..

2. Fühlen Sie sich durch die Gewalttat dabei beeinträchtigt?

☐ ja, wie folgt: ☐ nein

VI. Sonstige Angaben

1. Haben Sie wegen der Gewalttat Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten?

☐ ja ☐ nein

- ☐ Private Rentenversicherung
- ☐ Gesetzliche Rentenversicherung
- ☐ Private Unfallversicherung
- ☐ Gesetzliche Unfallversicherung
- ☐ Krankenversicherung/Beihilfe/Heilfürsorge
- ☐ Beamtenrechtliche Versorgung/Unfallfürsorge
- ☐ ausländische Entschädigungssysteme
- ☐ Täterin/Täter
- ☐ Sonstige ……

2. Haben Sie diese Ansprüche bereits geltend gemacht?

☐ ja Kontaktdaten des Dritten:

……

……

……

……

……

3. Beziehen Sie bereits Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (neu – SGB XIV; alt – Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz; Soldatenversorgungsgesetz; Häftlingshilfegesetz; Strafrechtliches oder Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz) <u>oder</u> wurden von Ihnen entsprechende Leistungen beantragt?

☐ nein ☐ ja zuständige Behörde: Aktenzeichen:

…… ……

4. Liegt eine anerkannte Behinderung vor oder haben Sie eine solche Feststellung beantragt (Grad der Behinderung)?

☐ nein ☐ ja zuständige Behörde: Aktenzeichen:

…… ……

5. Liegt Pflegebedürftigkeit vor oder haben Sie einen Pflegegrad beantragt?

☐ nein ☐ ja zuständige Pflegekasse: Pflegegrad:

…… ……

6. Hatten/Haben Sie für sich selbst Kontakt zu einem Jugendamt?

☐ nein ☐ ja zuständiges Jugendamt: Aktenzeichen:

…… ……..

7. Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:

……

……

8. Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Träger der Sozialen Entschädigung

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die für die Bearbeitung des Antrags zuständige Behörde gemäß § 120 SGB XIV Ersatz von der Täterin/dem Täter fordern kann. In diesem Zusammenhang wird die Täterin/der Täter über mein Entschädigungsverfahren informiert. Ein Ersatzanspruch kann nicht zu Ihrem Nachteil geltend gemacht werden (bspw. bei Minderjährigen eine Gefährdung des Kindeswohls). Etwaige Nachteile, die entstehen können, sind auf dem anliegenden Zusatzblatt zu erläutern.
- etwaige Ersatzansprüche gegen die Täterin/den Täter kraft Gesetzes auf die zuständige Behörde übergehen (außer Sach-/Vermögensschäden und Schmerzensgeldansprüche). Daher sind Vereinbarungen hierzu (bspw. Vergleiche) unzulässig.

9. Datenaustausch mit verfahrensbeteiligten Dritten

Ich nehme zur Kenntnis, dass personenbezogene Gesundheitsdaten, die von der zuständigen Behörde im Rahmen dieses Entschädigungsverfahrens verarbeitet werden. Dies bedeutet, dass die entsprechenden Daten

- bspw. erfasst und gespeichert werden sowie
- den beauftragten medizinischen Gutachterinnen und Gutachtern, den anderen Sozialleistungsträgern für deren eigene gesetzliche soziale Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 35 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und den zuständigen Gerichten

übermittelt werden dürfen. Einer Datenübermittlung kann jederzeit widersprochen werden.

VII. Platz für zusätzliche Angaben

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Leistungen, die aufgrund meiner Angaben zu Unrecht erbracht wurden, werden zurückgefordert.

…… ……

Ort, Datum | Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers / des Vertretenden