

Kommunaler Sozialverband Sachsen
 Außenstelle Chemnitz
 Fachbereich 4 - Soziales Entschädigungs- und Fürsorgerecht
 Reichsstraße 3
 09112 Chemnitz

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Antrag auf Beschädigten-Versorgung nach dem OEG

Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (Opferentschädigungsgesetz - OEG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Wer Sozialleistungen beantragt, muss gemäß § 60 Sozialgesetzbuch - Erster Teil - alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen angeben. Wir bitten Sie daher, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten (Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen) und den Antrag unterschrieben an die oben genannte Behörde zu senden. Sollten Sie einen Rechtsanwalt/Bevollmächtigten mit der Wahrnehmung Ihrer Interessen beauftragt haben bzw. noch beauftragen, bitten wir diesen von der Antragstellung zu unterrichten.

Hinweis nach § 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG)

Ihre Angaben sind aufgrund der Vorschriften der §§ 1 ff. OEG für die Entscheidung über Ihren Antrag erforderlich.

1. Personalien

Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname und frühere Namen		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, Land	Staatsangehörigkeit	
	<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> staatenlos
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort)		Telefon (freiwillige Angabe)	
Name und Geburtsdaten der Kinder		Familienstand	
<input type="checkbox"/> ledig		<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft
		<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden
		Amtliche Urkunde beifügen.	
Steht der/die Beschädigte unter Betreuung? (ggf. Betreuungsausweis beifügen)		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist der/die Beschädigte minderjährig (noch keine Vollendung des 18. Lebensjahres)?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name/ggf. Anschrift des ersten Personensorgeberechtigten		Name/ggf. Anschrift des zweiten Personensorgeberechtigten	
.....		
.....		
<input type="checkbox"/> Anschrift wie der/die Beschädigte		<input type="checkbox"/> Anschrift wie der/die Beschädigte	
<input type="checkbox"/> Elternteil / <input type="checkbox"/> Großelternanteil / <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Elternteil / <input type="checkbox"/> Großelternanteil /	
		<input type="checkbox"/>	

2. Wegen welcher vorübergehenden oder dauerhaften Gesundheitsstörungen stellen Sie Antrag?

3. Schädigendes Ereignis/Gewalttat

3.1. Wann und wo hat die Gewalttat stattgefunden?
Datum, genaue Uhrzeit und Ortsbeschreibung

3.2. Die Gewalttat hat sich zugetragen		
<input type="checkbox"/> in der Freizeit.	<input type="checkbox"/> am Arbeitsplatz, im Werksgelände bzw. auf dem Weg von oder zur Arbeitsstelle.	<input type="checkbox"/> in der Schule/Ausbildungsstätte oder auf dem Weg von oder zur Schule/Ausbildungsstätte.
Anschrift des Arbeitgebers und der zuständigen Berufsgenossenschaft bzw. der Schule oder des Bildungsträgers		
<input type="checkbox"/> im Ausland.	Zweck des Auslandsaufenthaltes	Geplanter Zeitraum des Auslandsaufenthaltes
3.3. Wie hat sich die Gewalttat zugetragen? Wie wurde die gesundheitliche Schädigung herbeigeführt? Was war der Anlass der Auseinandersetzung? Wer hat mit den Tätlichkeiten begonnen?		
Bitte möglichst genaue und eingehende Schilderung, ggf. auf gesondertem Blatt		
3.4. Name und Anschrift des Täters/der Täter		
3.5. Welche Zeugen können Sie benennen?		
Namen und Anschriften		
3.6. Wer hat erste Hilfe geleistet?		
Namen und Anschriften/ggf. Name/Ort der Rettungswache		
3.7. Wurde Strafanzeige erstattet?		
<input type="checkbox"/> Ja, am bei	<input type="checkbox"/> Nein, weil	
Aktenzeichen/Tagebuchnummer:	
3.8. Ist im Zusammenhang mit der Gewalttat ein straf- und/oder zivilgerichtliches Verfahren durchgeführt worden oder noch anhängig? (siehe hier auch Nr.11)		
<input type="checkbox"/> Ja, bei	<input type="checkbox"/> Nein	Haben Sie sich bereits außergerichtlich mit dem Täter/den Tätern geeinigt?
Aktenzeichen:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3.9. Haben Sie einen Rechtsanwalt zur Interessenwahrnehmung gegenüber dem Täter/den Tätern beauftragt?		
Name, Anschrift, Aktenzeichen		
3.10. Haben Sie wegen der gesundheitlichen Schädigung Ansprüche gegen eine eigene private Versicherung?		
<input type="checkbox"/> Ja, gegen	Aktenzeichen:	<input type="checkbox"/> Nein
Sind derartige Ansprüche bereits geltend gemacht worden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wurden von dieser Versicherung bereits Leistungen bezogen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
am in Höhe von		
3.11. Haben Sie wegen der Gewalttat Leistungen nach den Richtlinien des Bundesministeriums der Justiz über die Entschädigung von Opfern extremistischer Übergriffe bzw. zur Zahlung von Härteleistungen für Opfer terroristischer Straftaten beantragt oder erhalten?		
<input type="checkbox"/> Ja, am	in Höhe von	<input type="checkbox"/> Nein

4. Angaben zur Berufs-/Erwerbstätigkeit

vor der Gewalttat ausgeübte(r) Beruf/Tätigkeit		nach der Gewalttat bzw. z.Zt. ausgeübte(r) Beruf/Tätigkeit	
bis		seit:	
Anschrift des Arbeitgebers		Anschrift des Arbeitgebers	
Ich bin vor und/oder nach der Gewalttat			
<input type="checkbox"/> arbeitslos gewesen/geworden.	von-bis/seit	Arbeitsagentur:	
<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig (erkrankt).	von-bis/seit	wegen	
<input type="checkbox"/>	von-bis/seit	wegen	
Wirken sich die unter Nr. 2 geltend gemachten Gesundheitsstörungen auf Ihr Berufs-/Erwerbsleben aus?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> und zwar folgendermaßen und in folgenden Zeiträumen:			
Haben Sie deshalb bereits Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Umschulungen) beantragt?			
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar bei:			
		Behörde	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich beantrage Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und bitte um Weiterleitung meines Antrages.		

5. Bezug/Beantragung anderer Sozialleistungen bzw. von Versorgung

5.1. Haben Sie wegen der hier geltend gemachten gesundheitlichen Schädigungen bei einer anderen Behörde/einem Versorgungsamt Antrag auf Feststellung einer Schwerbehinderung gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behörde/Versorgungsamt:	Aktenzeichen:
5.2. Beziehen Sie Unfallrente, Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Betriebsrenten o.ä.?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Versicherungsträger:	Aktenzeichen:
5.3. Beziehen Sie Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dienststelle/Versorgungsträger:	Aktenzeichen:
5.4. Erhalten Sie bereits Versorgung nach dem Opferentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz, Infektionsschutzgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Häftlingshilfegesetz, SED-Unrechtsbereinigungsgesetz oder haben Sie Antrag auf eine solche Versorgung gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behörde/Versorgungsamt:	Aktenzeichen:
5.5. Erhalten Sie für die Folgen der Gewalttat bereits Leistungen nach einem in- oder ausländischen Versorgungssystem oder haben Sie Antrag auf solche Leistungen gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behörde/Land:	Aktenzeichen:

6. Körperschäden/dauerhafte Gesundheitsstörungen die bereits v o r der Gewalttat vorgelegen haben

Körperschäden/Gesundheitsstörungen	von - bis	Name des behandelnden Arztes/des Krankenhauses

7. Alle ärztlichen Behandlungen/Krankenhausbehandlungen n a c h der Gewalttat

Behandlungsursache (Gesundheitsstörung/Krankheit)	von – bis	Name des behandelnden Arztes/des Krankenhauses

8. Zugehörigkeit zu Krankenkassen/Krankenversicherungen

Ich bin/war in einer Krankenversicherung	Krankenkasse/Krankenversicherung und deren Sitz	von - bis
<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig/privat versichert <input type="checkbox"/> familienversichert.		
<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig/privat versichert <input type="checkbox"/> familienversichert.		

9. Heilbehandlungskosten und Zuzahlungen

Bisherige anlässlich der Gewalttat selbst getragene Kosten für Heilbehandlung/Hilfsmittel einschließlich der Nachweise:
(Art/Höhe von Zuzahlungen für Medikamente, Krankenhausaufenthalte, Kosten selbst gezahlter medizinischer Behandlungen/Hilfsmittel usw.)

Antrag auf Erstattung von Aufwendungen/Zuzahlungen

Soweit Ansprüche auf Heilbehandlung nach dem OEG bestehen, beantrage ich die Erstattung der getragenen Aufwendungen/Zuzahlungen. Eine Überweisung ist auf das unter Nr. 10 benannte Konto zu veranlassen.

Ich versichere, dass ich den Erstattungsbetrag nicht beim Schadensverursacher geltend gemacht habe oder machen werde.

Datum	Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder des gesetzlichen Vertreters

10. Zustehende Versorgungsbezüge/Erstattungsbeträge sollen auf das folgende Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber		
Kontonummer	bei (Geldinstitut)	Bankleitzahl
IBAN		BIC

11. Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Kommunalen Sozialverband/Freistaat Sachsen

Nach § 5 OEG i.V.m. § 81a BVG gehen gesetzliche Schadenersatzansprüche, die Sie gegen den/die Täter haben, auf den Kommunalen Sozialverband Sachsen/Freistaat Sachsen über, soweit Ihnen der Kommunale Sozialverband Sachsen wegen des Gesundheitsschadens Leistungen zu gewähren hat, die die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen ausgleichen sollen. Sie oder beauftragte Dritte dürfen daher über Schadenersatzansprüche gegen den/die Täter insoweit nicht mehr verfügen, insbesondere keinen Vergleich schließen oder Zahlungen entgegennehmen, sofern hierdurch die auf den Kommunalen Sozialverband Sachsen übergegangenen Schadenersatzansprüche berührt werden. Ein Verstoß dagegen kann eine Schadenersatzpflicht Ihrerseits gegenüber dem Kommunalen Sozialverband Sachsen begründen. Mögliche Ansprüche auf Schmerzensgeld und Ersatz von Sachschäden (ausgenommen die am Körper getragenen Hilfsmittel, Brillen, Kontaktlinsen oder Zahnersatz) dürfen jedoch ohne Einschränkung selbst gegenüber dem Täter/den Tätern geltend gemacht werden. Bei Zweifelsfragen (insbesondere hinsichtlich der Sachschäden) lassen Sie sich bitte vom Kommunalen Sozialverband Sachsen beraten. Der Kommunale Sozialverband Sachsen wird den/die Täter aus übergegangenem Recht auf Schadenersatz in Anspruch nehmen; in einem ggf. erforderlichen Zivilprozess gegen den/die Täter wären Sie verpflichtet, als Zeuge auszusagen.

12. Datenaustausch mit Leistungsträgern/Entbindung Dritter von der Schweigepflicht/Datenspeicherung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Kommunale Sozialverband Sachsen zur Bearbeitung meines Antrages einschließlich der Prüfung von Schadenersatzansprüchen gegen Dritte (vgl. Nr. 11) die erforderlichen Auskünfte bei allen Sozialleistungsträgern (Arbeitsamt, Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, Sozial- und Jugendhilfe) sowie Pensionsbehörden, Gesundheitsämtern und Strafverfolgungsbehörden einholt, die dort über mich geführten Unterlagen (Krankendokumente, Krankengeschichten, Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen, Röntgenbilder sowie Verwaltungsvorgänge usw.) zur Einsicht bezieht und Unterlagen daraus bei Bedarf zu den eigenen Akten nimmt sowie im Rahmen von Schadenersatzansprüchen gegen Dritte diese Unterlagen zur Beweisführung nutzen darf.

Dieses Einverständnis gilt auch gegenüber niedergelassenen Ärzten und Ärzten in medizinischen Einrichtungen, die mich behandeln oder behandelt haben. Ich entbinde die beteiligten Ärzte von Ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Folgende Sozialleistungsträger, Behörden, Ärzte oder Einrichtungen schließe ich ausdrücklich von diesem Einverständnis aus:

Ich nehme zur Kenntnis, dass die medizinischen Auskünfte und Unterlagen, die der Kommunale Sozialverband Sachsen im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem OEG erhalten hat, nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden dürfen, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung der betroffenen Leistungsträger erforderlich ist (§§ 69 Abs. 1, 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X); dieser Datenübermittlung kann von Ihnen hier und jederzeit widersprochen werden (Ich erhebe diesbezüglich Widerspruch.). Erhobene Daten werden elektronisch gespeichert.

Datum	Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder des gesetzlichen Vertreters

Ich versichere, dass ich alle Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und dass in Folge meiner Angaben zu Unrecht empfangene Versorgungsleistungen zurückgezahlt werden müssen.

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift bestätige ich auch, dass ich die Information zum Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Kommunalen Sozialverband Sachsen/Freistaat Sachsen (Nr. 11) sowie die Informationen zum Datenaustausch mit anderen Leistungsträgern, die Entbindung Dritter von der Schweigepflicht, die Datenspeicherung und die Nutzung der Daten im Schadenersatzverfahren gegen den/die Täter (Nr. 12) vor Unterschrift gelesen habe.

Datum	Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder des gesetzlichen Vertreters

Bitte beachten Sie, dass Unterschriften in beiden Unterschriftsfeldern erforderlich sind!