

Kommunalen Sozialverband Sachsen Außenstelle Chemnitz Fachbereich 4 - Soziales Entschädigungs- und Fürsorgerecht Reichsstraße 3 09112 Chemnitz	Aktenzeichen	Eingangsstempel
--	--------------	-----------------

Antrag auf Witwen/Witwer/Lebenspartner-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 des/der Verstorbenen

Zu- und Vorname		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, Land	Staatsangehörigkeit	
		<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> staatenlos
letzte Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort)			
Todesstag (Sterbeurkunde beifügen)		zuletzt ausgeübte(r) Beruf/Tätigkeit des/der Verstorbenen	

2. Personalien der Witwe/des Witwers oder der Lebenspartnerin/des Lebenspartners

Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname und frühere Namen			
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)
Tag und Ort der Eheschließung/der Eintragung der Lebenspartnerschaft mit dem/der Verstorbenen (Amtliche Urkunde beifügen.)			
Wurde die Ehe/Lebenspartnerschaft mit dem/der Verstorbenen vor dessen Tod geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?			
<input type="checkbox"/> Ja, am (Amtliche Urkunde beifügen.)			<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie nach dem Tode des/der unter Nr.1 genannten Verstorbenen erneut eine Ehe/Lebenspartnerschaft geschlossen?			
<input type="checkbox"/> Ja, am (Amtliche Urkunde beifügen.)			<input type="checkbox"/> Nein
Wurde diese neue Ehe/Lebenspartnerschaft geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt oder durch Tod des Ehegatten/Lebenspartners aufgelöst?			
<input type="checkbox"/> Ja, am (Amtliche Urkunde beifügen.)			<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie nach dem Ende der neuen Ehe/Lebenspartnerschaft nochmals eine Ehe/Lebenspartnerschaft geschlossen?			
<input type="checkbox"/> Ja, am (Amtliche Urkunde beifügen.)			<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie durch Krankheit oder andere körperliche, seelische oder geistige Gebrechen nicht nur vorübergehend (d.h. länger als 6 Monate) wenigstens die Hälfte Ihrer Erwerbsfähigkeit verloren?			
<input type="checkbox"/> Ja (Nachweise beifügen.) seit			<input type="checkbox"/> Nein
Steht die Witwe/der Witwer bzw. Lebenspartner unter Betreuung? (ggf. Betreuungsausweis beifügen)			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

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. Wurde Strafanzeige erstattet?		
<input type="checkbox"/> Ja, am bei		<input type="checkbox"/> Nein, weil
Aktenzeichen/Tagebuchnummer:
3.7. Ist im Zusammenhang mit der Gewalttat ein straf- und/oder zivilgerichtliches Verfahren durchgeführt worden/anhängig? (siehe hier auch Nr.13)		
<input type="checkbox"/> Ja, bei	<input type="checkbox"/> Nein	Haben Sie/der Verstorbene sich bereits außergerichtlich mit dem Täter/den Tätern geeinigt?
Aktenzeichen:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3.8. Haben Sie einen Rechtsanwalt zur Interessenwahrnehmung gegenüber dem Täter/den Tätern beauftragt? Name, Anschrift, Aktenzeichen		
3.9. Haben Sie wegen des Todes Ihres Angehörigen Ansprüche gegen eine/seine eigene private Versicherung?		
<input type="checkbox"/> Ja, gegen		<input type="checkbox"/> Nein
Aktenzeichen:		
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		€
3.10. 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. Bezug/Beantragung anderer Sozialleistungen bzw. von Versorgung

4.1. Haben Sie wegen des Todes Ihres Angehörigen bei einer anderen Behörde/einem Versorgungsamt Antrag auf Entschädigung gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behörde/Versorgungsamt: _____	Aktenzeichen: _____
4.2. Beziehen Sie Hinterbliebenenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, Hinterbliebenen-Betriebsrenten o.ä.?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Versicherungsträger: _____	Aktenzeichen: _____
4.3. Beziehen Sie Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dienststelle/Versorgungsträger _____	Aktenzeichen: _____
4.4. Erhalten Sie bereits Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz, Infektionsschutzgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Häftlingshilfegesetz, SED-Unrechtsbereinigungsgesetz oder haben Sie Antrag auf eine solche Versorgung gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behörde/Versorgungsamt: _____	Aktenzeichen: _____
4.5. 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: _____

5. Zugehörigkeit der Witwe/des Witwers/des Lebenspartners zu Krankenkassen/Krankenversicherungen

Ich bin			
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> als Familienmitglied (§ 10 SGB V).	<input type="checkbox"/> privat versichert.	<input type="checkbox"/> nicht versichert.
Bezeichnung der Krankenkasse/Krankenversicherung und deren Sitz			

6. Körperschäden/Gesundheitsstörungen des/der Verstorbenen, die v o r der Gewalttat vorgelegen haben

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

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

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

8. Zugehörigkeit des/der Verstorbenen zu einer Krankenkasse im Zeitpunkt der Schädigung/des Todes

Zugehörigkeit des/der Verstorbenen	Krankenkasse/Krankenversicherung und deren Sitz
<input type="checkbox"/> im Zeitpunkt der Schädigung	
<input type="checkbox"/> im Zeitpunkt des Todes	

9. Entstandene Kosten durch Heilbehandlung des/der Verstorbenen vor seinem/ihrem Tode

Bisherige anlässlich der Gewalttat für den Verstorbenen/die Verstorbene angefallene 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 bestanden, beantrage ich die Erstattung der getragenen Aufwendungen/Zuzahlungen. Eine Überweisung ist auf das unter Nr. 11 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. Kosten der Bestattung des/der Verstorbenen (Bestattungsgeld)

Für die Bestattung des/der Verstorbenen sind Aufwendungen entstanden, die von einem anderen Sozialleistungsträger (insbesondere gesetzliche Krankenversicherung/Unfallversicherung des/der Verstorbenen) oder nach beamtenrechtlichen Vorschriften nicht vollständig getragen wurden.

Ich beantrage deshalb Bestattungsgeld nach § 36 BVG. (Ein Antragsformular wird Ihnen zugesandt.)

11. Zustehende Versorgungsbezüge sollen auf das folgende Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber		
Kontonummer	bei (Geldinstitut)	Bankleitzahl
IBAN		BIC

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

Nach § 5 OEG i.V.m. § 81a BVG gehen gesetzliche Schadenersatzansprüche, die Sie als Hinterbliebene/Hinterbliebener gegen den/die Täter haben, auf den Kommunalen Sozialverband Sachsen/Freistaat Sachsen über, soweit Ihnen der Kommunale Sozialverband Sachsen wegen des Todes Ihres Angehörigen Leistungen zu gewähren hat, die die 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 dürfen jedoch ohne Einschränkung selbst gegenüber dem Täter/den Tätern geltend gemacht werden. Bei Zweifelsfragen 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 unter Umständen verpflichtet, als Zeuge auszusagen.

13. 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. 12) die erforderlichen Auskünfte bei allen Sozialleistungsträgern (Arbeitsamt, Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, Sozial- und Jugendhilfe) sowie Pensionsbehörden, Gesundheitsämtern und Strafverfolgungsbehörden einholt, die dort über die Verstorbene/den Verstorbenen geführten Unterlagen (Krankenscheine, 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 den Verstorbenen 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.

Ort, 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. 12) 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. 13) vor Unterschrift gelesen habe.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder des gesetzlichen Vertreters

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