

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

Aktenzeichen

Eingangsstempel

# Antrag auf Waisen/Halbweisen-Versorgung nach dem OEG

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

**Waisenversorgung kommt nur in Betracht für Waisen/Halbweisen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, unter bestimmten Voraussetzungen auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres, wenn sich die Waise/Halbweise in Schul-/Berufsausbildung befindet oder ein freiwilliges soziales/ökologisches Jahr leistet oder infolge körperlicher/geistiger Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten und der Ehegatte den Unterhalt nicht sicherstellen kann.**

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 Waise/Halbweise**

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)	
Steht die Waise/Halbweise unter Betreuung? (ggf. Betreuungsausweis beifügen)		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist die Waise/Halbweise 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"/> .....	
Art des Kindschaftsverhältnisses zum Verstorbenen			
<input type="checkbox"/> leiblich	<input type="checkbox"/> angenommen an Kindes statt	<input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> Pflegekind
		<input type="checkbox"/> sonstiges .....	
War die Waise/Halbweise zum Zeitpunkt des Todes des/der Verstorbenen in dessen Haushalt aufgenommen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist die Halbweise derzeit im Haushalt des hinterbliebenen Elternteiles aufgenommen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		Ort des Aufenthalts: <input type="checkbox"/> eigene Wohnung	
		<input type="checkbox"/> .....	

Familienstand der Waise/Halbweise	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden
Amtliche Urkunde beifügen.					
z.Zt. ausgeübte(r) Tätigkeit/Beruf der Waise/Halbweise					
Ist die Waise/Halbweise in Folge körperlicher und/oder geistiger Gebrechen außerstande, sich selbst zu unterhalten oder ist ggf. auch deren Ehegatte außerstande den Unterhalt sicherzustellen?					
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein    Begründung (Nachweise beifügen):					

### 3. Schädigendes Ereignis/Gewalttat

<b>3.1. Wann und wo hat die Gewalttat stattgefunden?</b>					
Datum, genaue Uhrzeit und Ortsbeschreibung					
<b>3.2. Die Gewalttat hat sich zugetragen</b>					
<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		
<b>3.3. Wie hat sich die Gewalttat zugetragen? Wie wurde die gesundheitliche Schädigung herbeigeführt? Was war der Anlass der Auseinandersetzung? Wer hat mit den Tötlichkeiten begonnen?</b>					
Bitte möglichst genaue und eingehende Schilderung, ggf. auf gesondertem Blatt					
<b>3.4. Name und Anschrift des Täters/der Täter</b>					
<b>3.5. Welche Zeugen können Sie benennen?</b>					
Namen und Anschriften					
<b>3.6. Wurde Strafanzeige erstattet?</b>					
<input type="checkbox"/> Ja, am ..... bei .....			<input type="checkbox"/> Nein, weil .....		
Aktenzeichen/Tagebuchnummer: .....					
<b>3.7. Ist im Zusammenhang mit der Gewalttat ein straf- und/oder zivilgerichtliches Verfahren durchgeführt worden/anhängig? (siehe hier auch Nr.13)</b>					
<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	
<b>3.8. Haben Sie einen Rechtsanwalt zur Interessenwahrnehmung gegenüber dem Täter/den Tätern beauftragt?</b>					
Name, Anschrift, Aktenzeichen					
<b>3.9. Haben Sie wegen des Todes Ihres Angehörigen Ansprüche gegen eine/seine eigene private Versicherung?</b>					
<input type="checkbox"/> Ja, gegen .....					<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 .....					€
<b>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?</b>					
<input type="checkbox"/> Ja, am ..... in Höhe von .....					<input type="checkbox"/> Nein
					€

**4. Bezug/Beantragung anderer Sozialleistungen bzw. von Versorgung**

<b>4.1. Haben Sie wegen des Todes Ihres Angehörigen bei einer anderen Behörde/einem Versorgungsamt Antrag auf Entschädigung gestellt?</b> Behörde/Versorgungsamt: _____ Aktenzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>4.2. Beziehen Sie Hinterbliebenenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, Hinterbliebenen-Betriebsrenten o.ä.?</b> Versicherungsträger: _____ Aktenzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>4.3. Beziehen Sie Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen?</b> Dienststelle/Versorgungsträger _____ Aktenzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>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?</b> Behörde/Versorgungsamt: _____ Aktenzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>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?</b> Behörde/Land: _____ Aktenzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**5. Zugehörigkeit der Waise/Halbweise 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!**