

An das
Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung

Aktenzeichen

Eingangsstempel:

Antrag auf **Witwen- /Witwer- und/oder**
 Waisen-Versorgung nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (Opferentschädigungsgesetz – OEG)

Ihre Angaben sind zur Feststellung eines evtl. Anspruches nach dem OEG notwendig. Nach § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) sind Sie zur Mitwirkung verpflichtet, insbesondere alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

I. Persönliche Angaben:

1. Vor- und Zuname , ggf. Geburtsname und frühere Namen	2. Geburtsdatum:	3. Telefonisch tagsüber erreichbar unter Nr.:
4. Bei Minderjährigen und Personen, für die eine Betreuerin/ein Betreuer bestellt ist, bitte Namen und Anschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters bzw. Betreuerin/Betreuers angeben u. die Bestallungsurkunde vorlegen:		
5. Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort, Kreis, Land):		
6. Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> EU-Mitgliedsstaat: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ Falls sonstige Staatsangehörigkeit, bitte nachstehende Fragen beantworten: Wann haben Sie erstmals in der Bundesrepublik Deutschland Ihren Wohnsitz begründet? _____ Leben Sie seit diesem Zeitpunkt ununterbrochen in der Bundesrepublik Deutschland? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welchen Aufenthaltsstatus hatten Sie im Tatzeitpunkt? (– Bitte Nachweis beifügen –) _____ Welchen Aufenthaltsstatus haben Sie derzeit ? (– Bitte Nachweis beifügen –) _____ Bei welcher Ausländerbehörde und unter welchem Aktenzeichen werden Sie geführt ?		

II. Angaben zur/zum Verstorbenen:

1. Vor- und Zuname, ggf. Geburtsname und frühere Namen:	2. Geburtsdatum:
3. Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> EU-Mitgliedsstaat: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ Falls sonstige Staatsangehörigkeit, bitte nachstehende Fragen beantworten: Wann hat die/der Verstorbene erstmals in der BRD ihren/seinen Wohnsitz begründet? _____ Lebte sie/er seit diesem Zeitpunkt ununterbrochen in der Bundesrepublik Deutschland? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welchen Aufenthaltsstatus hatte sie/er im Tatzeitpunkt ? (– Bitte Nachweis beifügen –) _____ Bei welcher Ausländerbehörde und unter welchem Aktenzeichen wurde sie/er geführt?	

5. Welche **Zeugin**/welchen **Zeugen** können Sie angeben? – Bitte Name(n) und Anschrift(en) –

6. Wer hat **Erste Hilfe** geleistet? – Bitte Name(n) und Anschrift(en) –

7. Wurde **Strafanzeige** erstattet?

ja, am _____ bei _____

Welche Polizeidienststelle oder Staatsanwaltschaft hat die Angelegenheit bearbeitet? – Bitte Dienststelle, Anschrift, **Aktenzeichen, Tagebuchnummer** angeben –

nein, aus folgenden Gründen:

8. Ist wegen der Gewalttat ein **gerichtliches Verfahren** anhängig oder bereits abgeschlossen?

nein ja, beim _____ - Gericht in _____ Aktenzeichen: _____

9. Wurde eine/ein **Rechtsanwältin/-anwalt** beauftragt, Ihre Interessen wegen der Gewalttat wahrzunehmen?

nein ja, Frau / Herr _____

Anschrift: _____

10. Haben Sie wegen der Gewalttat bereits Ansprüche gegen Ihre eigene **Versicherung** oder die der Täterin/ des Täters geltend gemacht?

nein ja, bei _____ in _____ Aktenzeichen: _____

11. Haben Sie von der/den Versicherung(en) oder von der Täterin/dem Täter bereits **Ersatzleistungen** erhalten?

nein ja, am _____ von _____ Euro _____

am _____ von _____ Euro .

12. Haben Sie bereits früher Versorgung nach der/dem Verstorbenen beantragt oder erhalten? – Ggf. Bescheid beifügen –

nein ja, beantragt bei/bezogen von _____ Aktenzeichen _____

ja, beantragt bei/bezogen von _____ Aktenzeichen _____

IV. Angaben zur Hausärztin/zum Hausarzt (– Bitte Name und Anschrift angeben –):

1. Hausärztin/Hausarzt im Zeitpunkt der Schädigung:

2. Hausärztin/Hausarzt heute (falls abweichend):

V. Angaben zu ärztlichen Behandlungen/Krankenkassen/Krankenversicherungen

1. Stand die/der Verstorbene vor ihrem/seinem Tod in ärztlicher Behandlung ?			
von-bis		wegen (Krankheitsbezeichnung)	bei (Name und Anschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes bzw. des Krankenhauses – einschl. der Abteilung –)
_____	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	_____	_____

2. Welcher(n) Krankenkasse(n) oder Krankenversicherung(en) hat die/der Verstorbene angehört?	
von-bis	Bezeichnung der Krankenkasse oder Krankenversicherung und Anschrift
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

VI. Ergänzende Angaben zum Antrag auf Witwen-/Witwerversorgung:

1. Ort und Datum der Eheschließung mit der/dem Verstorbenen: – Bitte Heiratsurkunde beifügen –
2. Wurde diese Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt? – Ggf. bitte Gerichtsurteil beifügen – <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ vom _____
3. Haben Sie nach dem Tod der/des Verstorbenen wieder geheiratet? – Ggf. bitte Heiratsurkunde beifügen – <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____
4. Wurde diese neue Ehe wieder aufgelöst (Tod des Ehegatten, Scheidung etc.)? – Ggf. bitte entspr. Urkunde beifügen – <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ durch _____
5. Wurden oder werden Versorgungs-, Renten- oder Unterhaltsansprüche, die sich aus dieser aufgelösten neuen Ehe herleiten (z.B. Unterhaltsleistungen des geschiedenen Ehegatten, Renten aus der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung, Leistungen nach dem Gesetz über die Alterssicherung für Landwirte, Witwengeld oder Unterhaltsbeitrag nach beamtenrechtlichen Bestimmungen, Leistungen – auch freiwillige – aus sonstigen Versorgungseinrichtungen – z.B. Zusatzrente, Werksrente etc.-, Abfindungen, Ansprüche aus privaten Versicherungen – z.B. Lebensversicherung, sonstige einmalige oder laufende Leistungen –) gewährt oder beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von/beantragt bei _____ Aktenzeichen: _____ <input type="checkbox"/> ja, von/beantragt bei _____ Aktenzeichen: _____
6. Haben Sie nach Auflösung dieser neuen Ehe nochmals geheiratet? – Ggf. bitte Heiratsurkunde beifügen – <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____

VII. Ergänzende Angaben zum Antrag auf Waisenversorgung – Kinder der/des Verstorbenen –:

1. Vor- und Zuname	2. Geburtsdatum	3. Ehelich, für ehelich erklärt, nichtehelich, adoptiert, Stiefkind oder Pflegekind?	4. Bei vollendetem 18. Lebensjahr: In Schul- oder Berufsausbildung, freiwilliges soziales Jahr, gebrechlich?
a)			
b)			
c)			
5. Wohnort der Waise(n) – falls von dem der Witwe/des Witwers abweichend –		6. Familienstand der Waise(n):	
a)		a)	
b)		b)	
c)		c)	
<p>7. Staatsangehörigkeit zu a): <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> EU-Mitgliedsstaat: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____</p> <p>Falls sonstige Staatsangehörigkeit, bitte nachstehende Fragen beantworten: Wann hat die Waise erstmals in der Bundesrepublik Deutschland ihren Wohnsitz begründet? _____</p> <p>Lebt sie seit diesem Zeitpunkt ununterbrochen in der Bundesrepublik Deutschland? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Welchen Aufenthaltsstatus hatte sie im Tatzeitpunkt? (– Bitte Nachweis beifügen –) _____</p> <p>Welchen Aufenthaltsstatus hat sie derzeit? (– Bitte Nachweis beifügen –) _____</p> <p>Bei welcher Ausländerbehörde und unter welchem Aktenzeichen wird sie geführt?</p> <p>_____</p>			
<p>Staatsangehörigkeit zu b): <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> EU-Mitgliedsstaat: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____</p> <p>Falls sonstige Staatsangehörigkeit, bitte nachstehende Fragen beantworten: Wann hat die Waise erstmals in der Bundesrepublik Deutschland ihren Wohnsitz begründet? _____</p> <p>Lebt sie seit diesem Zeitpunkt ununterbrochen in der Bundesrepublik Deutschland? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Welchen Aufenthaltsstatus hatte sie im Tatzeitpunkt? (– Bitte Nachweis beifügen –) _____</p> <p>Welchen Aufenthaltsstatus hat sie derzeit? (– Bitte Nachweis beifügen –) _____</p> <p>Bei welcher Ausländerbehörde und unter welchem Aktenzeichen wird sie geführt?</p> <p>_____</p>			
<p>Staatsangehörigkeit zu c): <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> EU-Mitgliedsstaat: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____</p> <p>Falls sonstige Staatsangehörigkeit, bitte nachstehende Fragen beantworten: Wann hat die Waise erstmals in der Bundesrepublik Deutschland ihren Wohnsitz begründet? _____</p> <p>Lebt sie seit diesem Zeitpunkt ununterbrochen in der Bundesrepublik Deutschland? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Welchen Aufenthaltsstatus hatte sie im Tatzeitpunkt? (– Bitte Nachweis beifügen –) _____</p> <p>Welchen Aufenthaltsstatus hat sie derzeit? (– Bitte Nachweis beifügen –) _____</p> <p>Bei welcher Ausländerbehörde und unter welchem Aktenzeichen wird sie geführt?</p> <p>_____</p>			
<p>8. Ist für das(die) Kind(er) ein Vormund/eine Betreuerin/ein Betreuer bestellt? – Ggf. bitte Bestallungsurkunde beifügen –</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für a)</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> ja, für b)</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> ja, für c)</p>			

VIII. Bankverbindung:

Eventuell zustehende Versorgungsbezüge sollen auf das nachstehende Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber(in): _____ Konto-Nr.: _____

Kreditinstitut: _____ Bankleitzahl: _____

BIC: _____ IBAN: _____

IX. Erklärungen der Antragstellerin/des Antragstellers:

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, daß in diesem Verwaltungsverfahren die notwendigen Auskünfte bei den von mir benannten Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Krankenanstalten (auch private), gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden und Polizeidienststellen von der Versorgungsverwaltung eingeholt werden können. Ich bin auch damit einverstanden, daß die dort geführten Unterlagen (z.B. Röntgenbilder, Krankenpapiere, Arztbriefe, etc.) in erforderlichem Umfang beigezogen werden. Von dieser Einverständniserklärung schließe ich ausdrücklich aus:

- Bitte Ärztin/Arzt, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen -

Ich stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren ausdrücklich zu und entbinde die beteiligten Personen und Stellen von ihrer Schweigepflicht.

Ich nehme zur Kenntnis, daß die Sozialdaten, die in diesem Verwaltungsverfahren bekannt geworden sind,

- erfasst und gespeichert werden (§ 67 c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch -SGB X-) und
- für eigene gesetzliche soziale Aufgaben, aber auch an andere Stellen im Sinne des § 35 SGB I (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgaben nach § 69 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X übermittelt werden dürfen, **falls ich nicht ausdrücklich widerspreche.**

(Ort, Datum)

(Unterschrift für die Einverständniserklärung)

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückgezahlt werden müssen, und
- **meine evtl. Schadensersatzansprüche gegen die Täterin/den Täter mit Ausnahme von Schmerzensgeldansprüchen kraft Gesetzes auf die Versorgungsverwaltung übergehen (§ 5 OEG i.V.m. § 81 a BVG) und ich daher keine Vereinbarungen (z.B. Vergleich) mit der Täterin/dem Täter oder deren Versicherung treffen darf.**

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Folgende Unterlagen füge ich bei:

_____ Heiratsurkunde(n)

_____ Sterbeurkunde(n)

_____ Gerichtsurteil(e)

_____ sonstige Unterlagen