



**Antrag auf Leistungen für Entschädigungsberechtigte nach dem Vierzehnten Buch
Sozialgesetzbuch (SGB XIV)**

Gewalttaten §§ 13, 14 SGB XIV

Name / Adresse der Versorgungsbehörde Landratsamt Konstanz Amt für Gesundheit und Versorgung -Soziales Entschädigungsrecht- Scheffelstraße 15 78315 Radolfzell	Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde
---	--

Art des Antrags

<input type="checkbox"/> Erstantrag als geschädigte Person <input type="checkbox"/> Erstantrag als hinterbliebene Person <input type="checkbox"/> Änderungsantrag

Beantragende Person

<input type="checkbox"/> Ich für mich selbst <input type="checkbox"/> Ich für mein Kind <input type="checkbox"/> Als Betreuer/in <input type="checkbox"/> Als Bevollmächtigte/r <input type="checkbox"/> Sonstige:
--

Angaben zur geschädigten Person

Familiennamen		Vornamen	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Land (falls nicht Deutschland)			
Telefonnummer		E-Mail-Adresse	
Staatsangehörigkeit			



Angaben zur Betreuungsperson oder bevollmächtigten Person

Familiennamen		Vornamen		
Name des Unternehmens, Vereins oder einer sonstigen Organisation, in der die Betreuungstätigkeit ausgeübt wird				
Beziehung zur antragstellenden Person				
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Postfach	Land (falls nicht Deutschland)			
Telefonnummer		E-Mail-Adresse		

Angaben zur antragstellenden Person (nur auszufüllen, wenn Sie den Antrag für Ihr Kind stellen)

Familiennamen		Vornamen		
Geburtsdatum		Geburtsort		
Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Land (falls nicht Deutschland)				
Telefonnummer		E-Mail-Adresse		
Staatsangehörigkeit				

Angaben zur verstorbenen Person (nur bei Sterbefällen als hinterbliebene Person auszufüllen, ansonsten weiter auf S. 4 „Angaben zur Gewalttat“)

Familiennamen		Geburtsnamen				
Vornamen						
Geburtsdatum		Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Letzter Wohnsitz/gewöhnlicher Aufenthalt		<input type="checkbox"/> in Deutschland		<input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland		
Land (falls außerhalb von Deutschland):						
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort		



Staatsangehörigkeit			
Sterbedatum		Sterbeort	
Todesursache			
Hat die verstorbene Person vor ihrem Tod soziale Entschädigungsleistungen bezogen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verhältnis zur verstorbenen Person		<input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerverhältnis <input type="checkbox"/> Kindschaftsverhältnis <input type="checkbox"/> Elternschaftsverhältnis <input type="checkbox"/> Sonstige:	
Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwen-/Witwerverhältnis“ auszufüllen)			
Datum der Eheschließung		Ort der Eheschließung	
Wurde die Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie nach dem Tod der verstorbenen Person noch weitere Ehen eingegangen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Angaben für Waisen und Halbwaisen (nur bei Auswahl „Kindschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
Sind Sie durch den Sterbefall Waise oder Halbwaise geworden?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kindschaftsverhältnis zur verstorbenen Person		<input type="checkbox"/> Ehelich <input type="checkbox"/> Nichteelich <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	
Familiename der gesetzlichen Vertretung		Vornamen der gesetzlichen Vertretung	
Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
Familiename		Vornamen	
Straße		Hausnummer	Postleitzahl Ort
Land (falls nicht Deutschland)			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit			
Weitere Ansprüche			
Wurden oder werden aus Anlass des Todes bereits laufende oder einmalige Leistungen gewährt oder beantragt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße		Hausnummer	Postleitzahl Ort



Haben Sie oder hatte die verstorbene Person Anspruch auf Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Rentenversicherung	Aktenzeichen/Geschäftszeichen		
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Angaben zur Gewalttat

Tatzeit (Datum)		Tatzeit (Uhrzeit)	
Tatzeitraum/-räume			
Tatort	<input type="checkbox"/> Private Wohnung/Haus <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz Name und Anschrift des Arbeitgebers: <input type="checkbox"/> Schule, Ausbildungs- oder Betreuungseinrichtung Name und Anschrift der Einrichtung: <input type="checkbox"/> Auf dem Weg zum/vom Arbeitsplatz oder zur/von Schule, Ausbildungs- oder Betreuungseinrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiger Geschehensort:		
Welche Personen waren bei der Tat anwesend? <i>(Name/Anschrift soweit bekannt)</i>		<input type="checkbox"/> Täterin(nen) oder Täter:	
		<input type="checkbox"/> Tatzeugin(nen) oder Tatzeuge(n):	
		<input type="checkbox"/> Ersthelferin(nen) oder Ersthelfer:	
		<input type="checkbox"/> Keine Person war anwesend	
		<input type="checkbox"/> Sonstige Tatbeteiligte: 1. 2. 3.	
Genauere Schilderung des Ablaufs der Gewalttat (<i>ggf. Zusatzblatt auf S. 11 des Antrags nutzen</i>)			



--

Angaben zur Strafanzeige

Wurde Strafanzeige erstattet?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls nein: Warum wurde keine Strafanzeige erstattet?				
Name der Polizeibehörde				
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
Postfach				
Datum der Strafanzeige			Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Ist ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren oder ein gerichtliches Verfahren durchgeführt oder eingeleitet worden?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde oder des Gerichts			Aktenzeichen/Geschäftszeichen des Verfahrens	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort	

Angaben zu den gesundheitlichen Folgen der Gewalttat

Zu welchen körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen hat die Gewalttat geführt?	
Liegen diese körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen heute noch vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen liegen heute noch vor?	



Wurden durch die Gewalttat am Körper getragene Hilfsmittel beschädigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche Hilfsmittel wurden durch die Gewalttat beschädigt?	
Bestanden vor dem schädigenden Ereignis bereits Gesundheitsstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: Welche Gesundheitsstörungen bestanden bereits vor dem schädigenden Ereignis?	
Waren Sie wegen der bereits vor der Gewalttat bestehenden Gesundheitsstörungen in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: Name und Anschrift der Praxis/Klinik (bitte Befunde mitschicken)	

Angaben zur medizinischen Behandlung aufgrund der Gewalttat

Wichtiger Hinweis: Bitte senden Sie uns alle Ihnen vorliegenden Befund- und Behandlungsberichte mit, die in Zusammenhang mit der Gewalttat stehen. Hierdurch verkürzt sich die Verfahrensdauer.

Waren Sie wegen der Gesundheitsstörungen nach der Gewalttat in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Name der Klinik/Praxis und der ärztlichen Ansprechperson oder des Therapeuten/der Therapeutin			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Behandlungszeitraum /-räume			
Name und Anschrift weiterer behandelnder Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen in Zusammenhang mit der Gewalttat			
1.			
2.			
3.			
4.			
Name und Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes			
Sämtliche Befunde und Arztberichte sind dem Antrag beigefügt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			



Angaben zur Krankenversicherung

Form der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	
	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	
Name der Krankenkasse			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Postfach		Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer	
Mitgliedschaft seit		Frühere Krankenkasse	

Bankverbindung

Kontoinhaber	IBAN
BIC	Geldinstitut

Sonstige Angaben

Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten			
Haben Sie wegen der hier angegebenen Gesundheitsschädigungen Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten angemeldet?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: Von welcher weiteren Stelle oder Einrichtung haben Sie weitere Leistungen beantragt?		<input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit <input type="checkbox"/> Täterin oder Täter (Schadensersatz/Schmerzensgeld) <input type="checkbox"/> Ausländische Entschädigungssysteme <input type="checkbox"/> Jugendamt <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> Sonstige Leistungsträger:	
Name der Stelle/Einrichtung		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Leistungen zur Teilhabe und Besondere Leistungen im Einzelfall			
<u>Hinweis zu weiteren Leistungen des SGB XIV Kapitel 6 und Kapitel 11:</u>			
Aufgrund der von Ihnen gemachten Angaben in diesem Antrag werden auch mögliche Ansprüche auf Leistungen der Teilhabe (Kapitel 6) und Besondere Leistungen im Einzelfall (Kapitel 11) geprüft.			



Die zuständige Behörde wird in diesem Fall Kontakt zu Ihnen aufnehmen, ggf. weitere Unterlagen oder Nachweise anfordern und das weitere Vorgehen mit Ihnen abstimmen.	
Fühlen Sie sich durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge des schädigenden Ereignisses in Ihrer Berufsausübung/Tätigkeit beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: Wie fühlen Sie sich durch das schädigende Ereignis beeinträchtigt?	
Haben Sie Interesse an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: An welchen Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben Sie Interesse?	
Fühlen Sie sich durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge des schädigenden Ereignisses in Ihrer alltäglichen Lebenssituation oder im Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Sozialen Teilhabe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: An welchen Maßnahmen zur Sozialen Teilhabe haben Sie Interesse?	
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Bildung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: An welchen Maßnahmen der Bildung haben Sie Interesse?	
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: An welchen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation haben Sie Interesse?	
Angaben zur Behinderung	
Wurde eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde	Aktenzeichen
Antrag auf Versorgung	
Haben Sie bereits einen Antrag auf Versorgung gestellt und beziehen gegebenenfalls Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), Häftlingshilfegesetz (HHG), Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG), Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) oder Vierzehnten Sozialgesetzbuch (SGB XIV)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, um was für einen Antrag bzw. Leistung handelt es sich?	
Name der Behörde	Aktenzeichen



Unterstützung bei der Antragstellung	
Haben Sie Unterstützung bei der Antragstellung erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wer hat Sie bei der Antragstellung unterstützt?	

Erklärungen

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und sämtliche Angaben richtig und vollständig gemacht worden sind. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Beträge zurückgezahlt werden müssen.	<input type="checkbox"/> Ja
--	-----------------------------

Schweigepflichtentbindungserklärung

Soweit ich keine für die Anspruchsprüfung erforderlichen Unterlagen beifüge, wird die zuständige Behörde den Sachverhalt von Amts wegen aufklären.

Ich erkläre mich daher insbesondere mit der Beiziehung folgender Unterlagen einverstanden:

Polizeiliche Ermittlungsunterlagen, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Jugendamtsakten, erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Therapieberichte, Entlassungsberichte, Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung, Krankenunterlagen, und Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind, allerdings nur in dem Umfang, wie sie Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände geben können.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren, für ein sich gegebenenfalls anschließendes Überprüfungs- oder Widerspruchsverfahren sowie für das Verfahren zur Durchsetzung der auf das Land übergegangenen Schadensersatzansprüche. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich entbinde die behandelnden und beteiligten Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, und Therapeutinnen/Therapeuten insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Stimmen Sie der Schweigepflichtentbindungserklärung zu?	<input type="checkbox"/> Ja
---	-----------------------------



Ich habe Kenntnis, dass

- die Behörde gemäß § 120 SGB XIV in Verbindung mit § 116 SGB X grundsätzlich verpflichtet ist, Schadensersatzansprüche gegen die Täterin / den Täter geltend zu machen. In diesem Zusammenhang muss sie die Täterin / der Täter frühzeitig von meiner Antragstellung in Kenntnis setzen. Sollte ich dies nicht wünschen, werde ich auf dem anliegenden Zusatzblatt die Gründe darstellen. Die Behörde wird dann prüfen, ob erhebliche Nachteile für mich zu befürchten sind und deshalb auf Schadensersatzansprüche verzichtet werden kann. Bei Minderjährigen kann die Gefährdung des Kindeswohls einen entsprechenden Grund bedeuten;
- meine Schadensersatzansprüche gegen die Täterin / den Täter mit Ausnahme von Schmerzensgeldansprüchen kraft Gesetz auf die zuständige Behörde übergehen und ich daher keine Vereinbarungen hierzu (z. B. Vergleiche) mit der Täterin / dem Täter oder deren Versicherungen treffen darf.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Behörde mit diesem Verfahren nach dem SGB XIV zugänglich gemacht worden sind,

- erfasst und gespeichert werden (§ 67c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X) und
 - den Gutachterinnen und Gutachtern, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen Begutachtung beauftragt worden sind,
 - den Hauptfürsorgestellen,
 - den anderen Sozialleistungsträgern für deren eigene gesetzliche soziale Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 35 erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)
 - sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit
- übermittelt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).

Die jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum:

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der
sorgeberechtigten (bei Minderjährigen unter 15 Jahren müssen beide
Sorgeberechtigten unterschreiben), bevollmächtigten oder
betreuenden Person:

.....

.....

Name, Vorname in Druckbuchstaben:

