

Antrag

auf Beschädigtenversorgung

nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)

Anlage : 1 Zweitexemplar für Ihre Unterlagen

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

zur Bearbeitung des Antrages bitten wir Sie, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – möglichst in Maschinen- oder Blockschrift – zu beantworten sowie die erforderlichen Unterlagen beizufügen. Bei Rückfragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Versorgungsamtes gerne zur Verfügung.

Hinweis zur Erhebung von Sozialdaten nach § 67a Abs. 3 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X):

Ihre Angaben sind nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) für die Entscheidung in Ihrer Angelegenheit erforderlich. Zur Beantwortung sind Sie nach § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) verpflichtet. Wenn Sie diese Angaben nicht machen, können wir Leistungen nach dem OEG ganz oder teilweise versagen, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Alle unsere Mitarbeiter sind zur Wahrung des Sozialgeheimnisses verpflichtet. Ihre Angaben werden teilweise mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert.

1. Angaben zur Person

Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen

Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname und frühere Namen		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> nicht deutsch (bitte Nr. 8 beachten)
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort)		Tagsüber telefonisch erreichbar unter : /
Familienstand : <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden, seit _____		Kinderzahl _____
Ist der Beschädigte minderjährig oder wird er betreut (§ 1896 BGB), sind die Personalien des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers oder die Anschrift der Stelle, die die Vormundschaft oder Betreuung führt und deren Aktenzeichen anzugeben : _____ _____		

2. Gesundheitliche Schädigung

a) Versorgung beantrage ich wegen folgender Gesundheitsstörung(en), die ich auf die Gewalttat zurückführe : _____ _____ _____
b) Wurden durch die Gewalttat am Körper getragene Hilfsmittel (z.B. Brille, Kontaktlinsen oder Zahnersatz) beschädigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? _____
c) Haben Sie wegen dieser Gesundheitsstörung(en) auch bei einer anderen Stelle Antrag auf Entschädigung gestellt oder wissen Sie von einem Verfahren wegen dieser Gesundheitsstörung(en)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei (Anschrift und Geschäftszeichen der Dienststelle) _____

3. Schädigendes Ereignis

a) Wann wurde die zum Gesundheitsschaden führende Gewalttat verübt?	Tag – Monat – Jahr	Uhrzeit
b) Wo ereignete sich die Gewalttat? – bitte genaue Ortsbeschreibung – _____ _____		

c) Wie hat sich die Gewalttat zugetragen und wie wurde die Körperverletzung herbeigeführt?
- Bitte möglichst genaue und eingehende Schilderung , evtl. auf gesondertem Blatt -

d) Was war der Anlass für die Auseinandersetzung?

e) Wer hat mit den Tötlichkeiten begonnen?

f) Die Gewalttat hat sich zugetragen :

- am Arbeitsplatz
- auf dem Weg zur Arbeit oder auf dem Weg von der Arbeit nach Hause
- Bezeichnung und Anschrift des Betriebes und der zuständigen Berufsgenossenschaft bzw. Sozialversicherungsstelle -

- in der Schule/Ausbildungsstätte oder auf dem Weg zu ihr oder von ihr nach Hause
- Bezeichnung und Anschrift der Schule/Ausbildungsstätte -

g) Name und Anschrift des/der Täter/s :

h) Welche Zeugen können Sie benennen? - Name und Anschrift -

i) Wurde eine Strafanzeige erstattet?

- nein ja, am _____

Wenn nein, warum nicht : _____
- ggf. auf gesondertem Blatt ausführlich begründen -

j) Welche Polizeidienststelle oder Staatsanwaltschaft hat die Gewalttat bearbeitet? Wurde ein gerichtliches Strafverfahren durchgeführt?
- Gericht, Dienststelle, Anschrift, Aktenzeichen, Tagebuchnummer -

k) Haben Sie wegen der Schädigung ein gerichtliches Verfahren über Schadensersatz/Schmerzensgeld (Zivilklage) gegen den Täter durchgeführt oder ist ein solches Verfahren anhängig? - Bezeichnung des Gerichts, Anschrift, Aktenzeichen -

- ja, bei _____

- nein Teilen Sie uns bitte ein evtl. erst später beginnendes Zivilverfahren unverzüglich mit!

Wenn nein, haben Sie sich mit dem Täter außergerichtlich geeinigt?

- nein ja Wenn ja, bitte entsprechende Unterlagen beifügen!

Haben Sie wegen der Schädigung Ansprüche gegen Ihre eigene Versicherung?
- Bezeichnung, Anschrift, Nummer bzw. Aktenzeichen -

- nein ja, bei _____

l) Haben Sie einen Rechtsanwalt beauftragt, Ihre Interessen wegen der Gewalttat (z.B. Schadensersatz) wahrzunehmen?
- Name und Anschrift des Rechtsanwalts -

- nein ja _____

4. Angaben über ärztliche Behandlungen

a) Ärztliche Behandlung wegen der geltend gemachten Gesundheitsstörung(en) **nach** der Gewalttat?

von - bis	Name des behandelnden Arztes bzw. Bezeichnung des Krankenhauses und der Abteilung sowie der Anschrift (ggf. bitte auf gesondertem Blatt)	in Behandlung wegen (Krankheitsbezeichnung)

b) Welche der unter 2a) geltend gemachten Gesundheitsstörung(en) haben schon **vor** der Gewalttat bestanden? Wann und wo sind diese ärztlich behandelt worden?

In Behandlung wegen (Gesundheitsstörung)	Name des behandelnden Arztes bzw. Bezeichnung des Krankenhauses und der Abteilung sowie der Anschrift (ggf. bitte auf gesondertem Blatt)	von - bis

5. Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen

Welchen Krankenkassen bzw. Krankenversicherungen haben Sie **von Geburt bis heute** angehört?

von - bis	Anschrift der Krankenkasse oder Krankenversicherung	Name und Geburtstag des Hauptversicherten

6. Berufstätigkeit

a) Berufsausübung : _____ Berufsbezeichnung _____ bei (Anschrift des Arbeitgebers) _____

vor der Gewalttat _____

nach der Gewalttat _____

Falls sich die geltend gemachten Gesundheitsstörungen – nach Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit – beruflich auswirken, machen Sie bitte hierzu eingehende Angaben auf gesondertem Blatt. Falls Sie nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind, und Versorgungskrankengeld beantragen wollen, legen Sie bitte die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vor.

b) Haben Sie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Umschulung) beantragt?

nein ja, bei _____ Aktenzeichen _____

Anspruch auf bestimmte Versorgungsleistungen entsteht **erst nach Ausschöpfen erfolgversprechender und zumutbarer Reha-Maßnahmen**. Wir empfehlen Ihnen deshalb, soweit noch nicht geschehen, solche Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der zuständigen Hauptfürsorgestelle oder bei der Agentur für Arbeit zu beantragen, falls Sie schon jetzt feststellen, dass die geltend gemachten Gesundheitsstörungen Sie in Ihrem Beruf beeinträchtigen.

7. Sonstige Fragen

a)	Beziehen Sie Unfallrente, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder dergleichen bzw. haben Sie eine solche Leistung beantragt?		
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, von/bei _____ Aktenzeichen _____
b)	Beziehen Sie Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen bzw. haben Sie eine solche Leistung beantragt?		
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, von/bei _____ Aktenzeichen _____
c)	Beziehen Sie schon Rente von einem anderen Versorgungsamt oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?		
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, von/bei _____ Aktenzeichen _____
d)	Haben Sie schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil2 SGB IX) gestellt?		
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, bei _____ Aktenzeichen _____

8. Für nicht deutsche Antragsteller

a)	<input type="checkbox"/>	Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaates der Europäischen Gemeinschaften : _____		
b)	<input type="checkbox"/>	Sonstige Staatsangehörigkeit : _____	<input type="checkbox"/>	Staatenlos
In welcher Weise hat Ihnen die Ausländerbehörde den Aufenthalt genehmigt (z.B. Aufenthaltserlaubnis usw.)?				

➔ Bitte fügen Sie unbedingt Reisepass oder beglaubigte Kopien bzw. Bescheinigung der Ausländerbehörde bei! ➔				

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt werden müssen.

Soweit Änderungen in den angegebenen Verhältnissen (z.B. des Familienstandes, der Anschrift, des Krankenversicherungsverhältnisses, der beruflichen Tätigkeit) eintreten, werde ich diese der zuständigen Regionalstelle des Zentrums Bayern Familie und Soziales - Versorgungsamt - unverzüglich anzeigen, auch wenn über den Antrag noch nicht entschieden ist.

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales zur Bearbeitung meines Antrages nach dem Opferentschädigungsgesetz die für die Feststellungen erforderlichen Auskünfte einholt, insbesondere auch von Arbeitgebern und privaten Krankenversicherungsunternehmen und die über mich bei Krankenanstalten und den Sozialleistungsträgern (Agentur für Arbeit, Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, Sozial- und Jugendhilfe) sowie Pensionsbehörden und Gesundheitsämtern geführten Unterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht bezieht. Ferner bin ich damit einverstanden, dass auch von Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde die beteiligten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die für die Aufgaben des Zentrums Bayern Familie und Soziales im Zusammenhang mit der Antragstellung nach dem OEG bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Agentur für Arbeit, Jugendamt) für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem widersprechen kann. Ein Widerspruch kann zur Versagung oder Entziehung der dort beantragten Leistung führen, nachdem ich von der dortigen Stelle auf diese Folgen schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

An Unterlagen sind beigelegt:

<input type="checkbox"/>	Einverständniserklärungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift

bei Vertretung:

- als gesetzlicher Vertreter
 als Bevollmächtigter oder Betreuer
Vollmacht bzw. Betreuerausweis bitte beifügen

Hinweis: Weitere Informationen können Sie auch im Internet abrufen unter der Adresse : www.zbfs.bayern.de

Bitte alle 3 Einverständniserklärungen ausfüllen, unterschreiben und mit dem Antragsformular zurücksenden!

Zu- und Vorname: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
Postleitzahl, Ort: _____

Aktenzeichen:

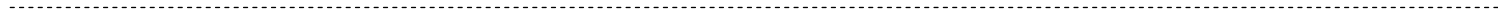
Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde.
Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____



Zu- und Vorname: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
Postleitzahl, Ort: _____

Aktenzeichen:

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde.
Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____



Zu- und Vorname: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
Postleitzahl, Ort: _____

Aktenzeichen:

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde.
Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____