

Geschädigte

Adresse der zuständigen Behörde - Fensterkuvert -

Kommunaler Sozialverband Sachsen
 Fachbereich 4
 Soziales Entschädigungsrecht
 Reichsstr. 3
 09112 Chemnitz

Bitte Feld frei lassen für Eingangsvermerk

I. Angaben zur Person

1. Name, Vorname:		Geburtsname/frühere Namen:		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
2. Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):		3. Freiwillige Angaben			
		Telefonnummer:			
		E-Mail-Adresse:			
4. Anschrift: Straße und Hausnummer:		Postleitzahl:		Wohnort:	
5. Staatsangehörigkeit (bspw. für Dolmetscherleistungen):					
<input type="checkbox"/> deutsch		Bitte fügen Sie eine Kopie des Personalausweises/Reisepasses bei (unabhängig von der Staatsangehörigkeit).			
<input type="checkbox"/>		Seit wann halten Sie sich in Deutschland auf (Datum TT/MM/JJJJ)?			
6. Ich werde vertreten durch eine/einen					
<input type="checkbox"/> gesetzliche Vertreterin/gesetzlichen Vertreter		oder		<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/Bevollmächtigten	
<input type="checkbox"/> Betreuerin/Betreuer		Bitte fügen Sie eine Kopie der Vollmacht bei.			
Bitte fügen Sie eine Kopie der Bestallungsurkunde bzw. des Betreuerausweises bei.					
Name, Vorname und Anschrift der Vertreterin/des Vertreters:					
.....					
.....					
.....					

II. Angaben zur Gewalttat

1. **Tatzeit** (soweit möglich: Uhrzeit, Tag, Monat, Jahr):

2. **Tatort** (soweit möglich: Ortsbeschreibung, bspw. Land/Ort, Straße, Hausnummer, Wohnung):
.....
.....

Arbeitsplatz, einschließlich Hin-/Rückweg

Schule/Ausbildungs-/Betreuungseinrichtung, einschließlich Hin-/Rückweg

Kontaktdaten des Arbeitgebers/der Ausbildungseinrichtung/der Betreuungseinrichtung:

Kontaktdaten der zuständigen Berufsgenossenschaft/Unfallkasse:
.....

Bei Tatort im Ausland: Zweck des Auslandsaufenthaltes Geplanter Zeitraum des Auslandsaufenthaltes
.....

3. **Tatgeschehen** (Bitte schildern Sie den Sachverhalt bzw. fügen Sie die Kopie des Strafantrags/Polizeiprotokolls bei.)
.....
.....
.....

4. **Weitere Angaben zum Tatgeschehen**

Name und Anschrift - soweit bekannt -

Täterin/Täter:

weitere Tatbeteiligte:

Tatzeugen:

Ersthelfer:
.....

5. **Wurde Strafanzeige gestellt?**

ja bei: am (Datum):

nein, Gründe (bitte erläutern)¹ Aktenzeichen:

Ich mache von meinem gesetzlichen Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch.

5. **Hat ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren/straferichtliches Verfahren stattgefunden?**

ja bei: Aktenzeichen:

nein

5. **Haben Sie wegen der Gewalttat beim Bundesamt für Justiz Härteleistungen als Opfer terroristischer und extremistischer Taten beantragt oder erhalten?**

ja am: in Höhe von €

nein

¹ Nach dem SGB XIV sind Sie verpflichtet, das Ihnen Mögliche und Zumutbare zur Aufklärung des Sachverhalts und zur Verfolgung der Täterin / des Täters beizutragen. Dazu gehört bspw. die Erstattung einer Strafanzeige. Gemäß § 52 der Strafprozessordnung besteht ein gesetzliches Zeugnisverweigerungsrecht für Verlobte, Ehegatten und Lebenspartner des Beschuldigten, auch wenn die Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht, sowie mit dem Beschuldigten in gerader Linie verwandte oder verschwägerte Personen (bspw. Eltern, Großeltern), bzw. in der Seitenlinie bis zum dritten Grad verwandte oder bis zum zweiten Grad verschwägerte Personen (bspw. Geschwister, Onkel, Tante).

III. Angaben zu gesundheitlichen Schädigungen

1. Zu welchen körperlichen und/oder seelischen gesundheitlichen Schädigungen hat die Gewalttat geführt?
2. Liegen diese gesundheitlichen Schädigungen heute noch vor? <input type="checkbox"/> ja, folgende: <input type="checkbox"/> nein
3. Wurde durch die Gewalttat ein im/am Körper getragenes Hilfsmittel beschädigt (bspw. Brille, Hörgerät, Zahnersatz)? <input type="checkbox"/> ja, folgendes: <input type="checkbox"/> nein
4. Benötigen Sie aufgrund der Gewalttat psychotherapeutische Intervention in einer Traumaambulanz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich habe bereits Kontakt aufgenommen zu folgender Traumaambulanz:
5. Sind Sie krankenversichert? <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> privat und zusätzlich Beihilfeanspruch <input type="checkbox"/> Freie Heilfürsorge derzeitige Krankenkasse/Beihilfe-/Heilfürsorgestelle: versichert seit: <input type="checkbox"/> nein frühere Krankenkasse/Beihilfe-/Heilfürsorgestelle: versichert bis:

IV. Angaben zu ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlungen

1. Stationäre Behandlung wegen der Folgen der Gewalttat von - bis: Name, Anschrift des Krankenhauses und / oder der Reha-Einrichtung: Abteilung / Station:
2. Ambulante Behandlung wegen der Folgen der Gewalttat von - bis: Kontaktdaten behandelnder Ärztinnen/Ärzte/Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten: Fachrichtung:
3. Bestanden Gesundheitsstörungen bereits vor der Gewalttat ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: Kontaktdaten behandelnder Ärztin- nen/Ärzte/Psychotherapeutinnen/Psy- chotherapeuten Behandlung von - bis: aufgrund folgender Gesundheitsstörungen:
4. Kontaktdaten Ihrer Hausarztpraxis

V. Angaben zur beruflichen Situation

1. Beruf/Tätigkeit bzw. Schule/Ausbildung/Studium vor der Gewalttat:
2. Fühlen Sie sich durch die Gewalttat dabei beeinträchtigt?
 ja, wie folgt: nein

VI. Sonstige Angaben

1. Haben Sie wegen der Gewalttat Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten?
 ja nein
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Private Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Private Unfallversicherung | <input type="checkbox"/> Gesetzliche Unfallversicherung |
| <input type="checkbox"/> Krankenversicherung/Beihilfe/Heilfürsorge | <input type="checkbox"/> Beamtenrechtliche Versorgung/Unfallfürsorge |
| <input type="checkbox"/> ausländische Entschädigungssysteme | <input type="checkbox"/> Täterin/Täter |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | |

2. Haben Sie diese Ansprüche bereits geltend gemacht?
 ja Kontaktdaten des Dritten:
.....
.....
.....
.....
.....

3. Beziehen Sie bereits Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (neu – SGB XIV; alt – Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz; Soldatenversorgungsgesetz; Häftlingshilfegesetz; Strafrechtliches oder Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz) oder wurden von Ihnen entsprechende Leistungen beantragt?
 nein ja zuständige Behörde: Aktenzeichen:
.....

4. Liegt eine anerkannte Behinderung vor oder haben Sie eine solche Feststellung beantragt (Grad der Behinderung)?
 nein ja zuständige Behörde: Aktenzeichen:
.....

5. Liegt Pflegebedürftigkeit vor oder haben Sie einen Pflegegrad beantragt?
 nein ja zuständige Pflegekasse: Pflegegrad:
.....

6. Hatten/Haben Sie für sich selbst Kontakt zu einem Jugendamt?
 nein ja zuständiges Jugendamt: Aktenzeichen:
.....

7. Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:
.....
.....

8. Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Träger der Sozialen Entschädigung

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die für die Bearbeitung des Antrags zuständige Behörde gemäß § 120 SGB XIV Ersatz von der Täterin/dem Täter fordern kann. In diesem Zusammenhang wird die Täterin/der Täter über mein Entschädigungsverfahren informiert. Ein Ersatzanspruch kann nicht zu Ihrem Nachteil geltend gemacht werden (bspw. bei Minderjährigen eine Gefährdung des Kindeswohls). Etwaige Nachteile, die entstehen können, sind auf dem anliegenden Zusatzblatt zu erläutern.
- etwaige Ersatzansprüche gegen die Täterin/den Täter kraft Gesetzes auf die zuständige Behörde übergehen (außer Sach-/Vermögensschäden und Schmerzensgeldansprüche). Daher sind Vereinbarungen hierzu (bspw. Vergleiche) unzulässig.

9. Datenaustausch mit verfahrensbeteiligten Dritten

Ich nehme zur Kenntnis, dass personenbezogene Gesundheitsdaten, die von der zuständigen Behörde im Rahmen dieses Entschädigungsverfahrens verarbeitet werden. Dies bedeutet, dass die entsprechenden Daten

- bspw. erfasst und gespeichert werden sowie
- den beauftragten medizinischen Gutachterinnen und Gutachtern, den anderen Sozialleistungsträgern für deren eigene gesetzliche soziale Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 35 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und den zuständigen Gerichten

übermittelt werden dürfen. Einer Datenübermittlung kann jederzeit widersprochen werden.

VII. Platz für zusätzliche Angaben

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Leistungen, die aufgrund meiner Angaben zu Unrecht erbracht wurden, werden zurückgefordert.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers / des Vertretenden

