

Kommunaler Sozialverband Sachsen
 Fachbereich 4 - Soziales Entschädigungsrecht
 Reichsstraße 3
 09112 Chemnitz

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Antrag auf Entschädigung

Gesetz über die Rehabilitierung und Entschädigung von Opfern rechtsstaatswidriger Strafverfolgungsmaßnahmen im Beitrittsgebiet (Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz - StrRehaG) in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (Soziale Entschädigung - SGB XIV)

Antrag für Waisen (§ 22 StrRehaG)

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 an die oben genannte Behörde zu senden. Sollten Sie einen Bevollmächtigten, bspw. einen Rechtsanwalt, mit der Wahrnehmung Ihrer Interessen beauftragt haben bzw. noch beauftragen, bitten wir diesen von der Antragstellung zu unterrichten.

Ihre Angaben sind aufgrund der §§ 1 ff. StrRehaG i. V. m. dem SGB XIV für die Entscheidung über Ihren Antrag erforderlich. Dem Antragsformular liegt eine Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung und ein Informationsblatt zum Datenschutz bei.

1. Angaben zur verstorbenen Person

Zu- und Vorname			<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	Todestag (Sterbeurkunde beifügen)	Letzte Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort)			

2. Angaben zur Waise

Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname und frühere Namen			<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit				
	<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/>	Ich halte mich in Deutschland auf seit (TT/MM/JJJJ):		
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort)			Telefon/E-Mail (freiwillige Angabe)		
Art des Kindschaftsverhältnisses zur verstorbenen Person: <input type="checkbox"/> leiblich <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> sonstiges					
Derzeit befinde ich mich in Schul-/Berufsausbildung, im Studium, im Freiwilligendienst, in Warte-/Übergangszeit oder ähnliches:					
Zeitraum			Art der Beschäftigung / Grund		
Liegt eine anerkannte Behinderung vor oder haben Sie eine solche Feststellung beantragt (Grad der Behinderung)?			<input type="checkbox"/> Ja, bei folgender Behörde	<input type="checkbox"/> Nein	
Liegt Pflegebedürftigkeit vor oder haben Sie einen Pflegegrad beantragt?			<input type="checkbox"/> Ja, bei folgender Pflegekasse	<input type="checkbox"/> Nein	
Stehen Sie unter Betreuung? (ggf. Betreuungsausweis beifügen)			<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie minderjährig (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 die verstorbene Person			<input type="checkbox"/> Anschrift wie die verstorbene Person		
<input type="checkbox"/> Elternteil / <input type="checkbox"/> Großelternteil / <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Elternteil / <input type="checkbox"/> Großelternteil / <input type="checkbox"/>		

3. Schädigendes Ereignis (Rechtsstaatswidrige Strafverfolgung/Freiheitsentziehung)

3.1. Name/Ort des damaligen Strafgerichts bzw. der Institution, die die Freiheitsentziehung angeordnet hat	
3.2. Details zur strafrechtlichen Entscheidung (Grund der Verurteilung, Strafmaß u. ä.)	
3.3. Zeiträume/Orte der Freiheitsentziehung	
von - bis	Justizvollzugsanstalt / Jugendwerkhof / psychiatrische Einrichtung u. ä.
3.4. Wurde die strafrechtliche Entscheidung wegen deren Rechtsstaatswidrigkeit durch einen gerichtlichen Beschluss aufgehoben?	
<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> vollständig / <input type="checkbox"/> teilweise durch	<input type="checkbox"/> Nein
<small>Gericht</small>	
<input type="checkbox"/> Der Beschluss ist dem Antrag beigelegt.	Bitte einen Antrag beim zuständigen Gericht stellen und den Beschluss nachreichen.

4. Körperschäden/Gesundheitsstörungen/Todursache im Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis

Beschreibung des ursächlichen Zusammenhangs mit dem schädigenden Ereignis und Auswirkungen im täglichen Leben der verstorbenen Person

5. Gesundheitsstörungen der verstorbenen Person, die bereits v o r dem schädigenden Ereignis vorlagen

Körperschäden/Gesundheitsstörungen	von – bis	Anschrift Arzt/Krankenhaus

6. Ärztliche Behandlungen der verstorbenen Person n a c h dem schädigenden Ereignis (ambulant/stationär)

Behandlungsursache (Gesundheitsstörung/Krankheit)	von – bis	Anschrift Arzt/Krankenhaus

7. Krankenversicherung der verstorbenen Person

	Name/Anschrift der Krankenversicherung/Beihilfestelle/Heilfürsorgestelle
<input type="checkbox"/> im Zeitpunkt der Schädigung	
<input type="checkbox"/> im Zeitpunkt des Todes	

8. Kosten der Überführung und Bestattung für die verstorbene Person

<input type="checkbox"/> Ich beantrage Leistungen für die Überführung und die Bestattung nach dem SGB XIV. Der KSV Sachsen wird so schnell wie möglich Kontakt zu Ihnen aufnehmen. Entsprechende Leistungen Dritter aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften werden angerechnet.

9. Psychotherapeutische Intervention als Schnelle Hilfe in einer Traumaambulanz

Ich benötige psychotherapeutische Hilfe in einer Traumaambulanz; ich bin diesbezüglich in keiner Behandlung.
 Ich habe bereits Kontakt aufgenommen zu folgender Traumaambulanz:

10. Bezug/Beantragung von anderen Leistungen

<p>10.1. Haben Sie wegen des Todes Ihres Angehörigen bei einer anderen Behörde einen Antrag auf Entschädigung gestellt?</p> <p>Behörde: _____ Aktenzeichen: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>10.2. 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?</p> <p>Behörde: _____ Aktenzeichen: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

11. Datenaustausch mit anderen Sozialleistungsträgern

Ich nehme zur Kenntnis, dass die medizinischen Auskünfte und Unterlagen, die der Kommunale Sozialverband Sachsen im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB XIV 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 hier und jederzeit widersprochen werden. / Ich erhebe diesbezüglich Widerspruch.

12. Platz für zusätzliche Angaben

<p>Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Leistungen, die aufgrund meiner Angaben zu Unrecht erbracht wurden, werden zurückgefordert.</p>	
<p>Datum</p>	<p>Ihre Unterschrift / Unterschrift des Vertretenden</p>

Folgende Unterlagen liegen dem Antrag bei: