

Antrag auf Leistungen für Gewaltopfer

nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV)

An den
Landschaftsverband Rheinland
Fachbereich Soziale Entschädigung
50663 Köln

Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde

I Angaben zur Person

Frau Herr Divers

1. Name, Vorname

Geburtsname oder früherer Name

2. Geburtsdatum Geburtsort

Staatsangehörigkeit deutsch andere

☐

3. Freiwillige Angaben | Telefonnummer E-Mail-Adresse

4. Familienstand seit (Datum) Anzahl der Kinder

5. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

6. Gesetzliche/r Vertreter*in ODER Bevollmächtigte*r ODER Betreuer*in

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Bitte fügen Sie eine Kopie der Bestellsurkunde, einen Nachweis zur Betreuung oder eine unterschriebene Vollmacht bei.

II Angaben zur Gewalttat*

7. **Tatzeit/Tatzeitraum** (so weit wie möglich Uhrzeit, Tag, Monat, Jahr)

8. **Tatort** (soweit wie möglich: Ortsbeschreibung, z. B. Ort, Straße, Hausnummer, Wohnung)

Ist die Tat während Ihrer Berufsausübung, während des Schulbesuchs, des Studiums oder während des Besuchs einer Betreuungseinrichtung passiert oder auf dem Weg dorthin oder dem Rückweg?

nein ja Tatort

Bitte geben Sie Name und Anschrift Ihres Arbeitgebers/Ihrer Ausbildungseinrichtung/Ihrer zuständigen Berufsgenossenschaft/Unfallkasse an:

Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Sonstiger Tatort

9. **Ist eine Strafanzeige erstattet worden?**

ja bei Polizeidienststelle am (Datum) Aktenzeichen

nein Gründe (bitte erläutern)**

ich mache von meinem gesetzlichen Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch

ich mache keinen Gebrauch von meinem Zeugnisverweigerungsrecht

10. **Daten des Täters/der Täterin** (soweit bekannt)*

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Weitere Tatbeteiligte*

Tatzeugen*

11. **Hat ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren/gerichtliches Verfahren stattgefunden?**

ja Aktenzeichen bei Staatsanwaltschaft

nein

12. **Tathergang** (Bitte schildern Sie den wesentlichen Ablauf der Gewalttat; stattdessen können Sie auch eine Kopie des Strafantrags und/oder des Polizeiprotokolls beifügen)*

ich kann zur Zeit keine Angaben machen

III Angaben zu Gesundheitsstörungen/Schädigungen

13. Zu welchen körperlichen und/oder seelischen Gesundheitsstörungen hat die Gewalttat geführt?

14. Liegen diese heute noch vor?

ja welche?*

nein

15. Sind Sie krankenversichert?

ja gesetzlich privat beihilfeberechtigt

Derzeitige Krankenkasse

Mitglied seit

Gegebenenfalls frühere Krankenkasse

nein

16. Wurden durch die Gewalttat am Körper getragene Hilfsmittel beschädigt (z. B. Brille, Hörgerät, Zahnersatz)?

ja welche?*

nein

17. **Nur in Ausnahmefällen** Möchten Sie bereits vor der Entscheidung über diesen Antrag vorzeitige Leistungen der Krankenbehandlung erhalten (z. B. wenn Sie nicht krankenversichert sind oder die begehrte Maßnahme nicht von Ihrer Versicherung übernommen wird)?

ja Begründung:*

nein

IV Angaben zu ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlungen

18. Mussten Sie in stationäre Behandlung wegen der Folgen der Gewalttat?*

vom (Datum) bis (Datum)

Name, Anschrift des Krankenhauses und/oder der Reha-Einrichtung

Name

Abteilung/Station

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

19. Mussten Sie in ambulante Behandlung wegen der Folgen der Gewalttat?*

vom (Datum) bis (Datum)

Name, Anschrift der behandelnden Ärztin/des Arztes oder des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin

Gegebenenfalls die Fachrichtung

Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

20. Welche der unter Ziffer III geltend gemachten Gesundheitsstörungen/Schädigungen haben bereits vor der Gewalttat bestanden (ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung)?*

keine

folgende:*

Name, Anschrift der behandelnden Ärztin/des Arztes oder des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin

Gegebenenfalls die Fachrichtung

Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Behandlung von (Datum) bis (Datum)

Wegen welcher gesundheitlicher Krankheiten/Schäden/Störungen?*

V Angaben zur beruflichen Situation

21. Beruf/Tätigkeit, ggf. Studium vor der Gewalttat:

22. Sind Sie bzw. fühlen Sie sich durch die Folgen der Gewalttat in Ihrer Berufsausübung beeinträchtigt?

nein

ja In welcher Form? (bitte begründen)**

VI Sonstige Angaben

23. Haben Sie wegen der Folgen der Gewalttat Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten?

nein

ja wem gegenüber?

Unfallversicherung
(z. B. Berufsgenossenschaft,
private Unfallversicherung)

dem Täter/der Täterin
(Schadensersatz/Schmerzensgeld)

ausländischen Entschädigungssystemen

Krankenversicherung

gesetzlicher Rentenversicherung

sonstigen Leistungsträgern

24. Falls Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten besteht: Haben Sie diese Ansprüche bereits geltend gemacht?

Bitte fügen Sie gegebenenfalls Belege bei.

ja gegenüber

Name des Leistungsträgers oder des Gerichts

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

nein bitte begründen*

25. Beziehen Sie bereits Leistungen nach dem SGB XIV, Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz, Häftlingshilfegesetz, Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz, Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz?

nein

ja Name der zuständigen Behörde

Aktenzeichen

26. Liegt eine anerkannte Behinderung vor?

nein

ja Name der zuständigen Behörde

Aktenzeichen

27. Bei der Antragstellung hat mich unterstützt (z. B. Opferhilfeorganisation, Polizei, Psychotherapeut/in):

28. Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:

29. Ich bitte um eine Beratung durch das Fallmanagement

ja nein

30. Falls es zu einer Geldleistung kommt, soll diese auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaberin/Kontoinhaber	Bank/Geldinstitut
BIC	IBAN

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Versorgung nach dem Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch gestellt habe. Das Merkblatt zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort	Datum	Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters/der Vertreterin oder des Betreuers/der Betreuerin
-----	-------	---

Ich habe Kenntnis, dass die Behörde gemäß § 120 SGB XIV in Verbindung mit § 116 SGB X grundsätzlich verpflichtet ist, **Schadensersatzansprüche gegen den oder die Täter/in/nen geltend zu machen**. In diesem Zusammenhang muss sie den/die Täter/ in /nen 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 den/die Täter/in /nen mit Ausnahme von Schmerzensgeldansprüchen kraft Gesetz auf die zuständige Behörde übergehen und ich daher keine Vereinbarungen hierzu (z. B. Vergleiche) mit dem Täter/der Täterin/den Tätern/Täterinnen 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 Hauptfürsorgestellten, 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).

Einverständniserklärung

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, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärzten/Ärztinnen, Psychologen/Psychologinnen, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden – auch soweit sie von anderen Ärzten/Ärztinnen 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 ggf. anschließendes Überprüfungs-/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 Ärzte/Ärztinnen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

nein	ja	von dieser Einverständniserklärung schließe ich ausdrücklich aus: – bitte Arzt/Ärztin, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen –
------	----	--

Ort	Datum	Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters/der Vertreterin oder des Betreuers/der Betreuerin
-----	-------	---

- * Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.
 - ** Nach dem SGB XIV sind Sie verpflichtet, das Ihnen Mögliche und Zumutbare zur Sachverhaltsaufklärung und Verfolgung des Täters/der Täterin beizutragen. Dazu gehört grundsätzlich 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 verschwägte Personen (z. B. Eltern, Großeltern), bzw. in der Seitenlinie bis zum dritten Grad verwandte oder bis zum zweiten Grad verschwägte Personen (z. B. Geschwister, Onkel, Tante).
-

Zusatzblatt I

Bitte beschriften Sie Ihre Erläuterungen und machen kenntlich zu welcher Frage sie gehört (z. B. „zu Nr. 24“)

Merkblatt zum Datenschutz gem. Artikel 12 der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO)

Für Antragsverfahren nach dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (SGB XIV), hier insgesamt als "Soziales Entschädigungsrecht" (SER) bezeichnet.

Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit

Für die Bearbeitung Ihres Antrages auf Leistungen nach dem SGB XIV erheben wir persönliche Daten und ggfs. Gesundheitsdaten von Ihnen und beteiligten Angehörigen.

Kontaktdaten des Verantwortlichen

Wenn Sie hierzu Fragen haben, können Sie sich an folgende Stellen wenden:

Landschaftsverband Rheinland
Fachbereich Soziale Entschädigung
Deutzer Freiheit 77-79
50673 Köln
t. 0221/809-5401
soziale-entschaedigung@lvr.de

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Landschaftsverband Rheinland
Datenschutzbeauftragter
50663 Köln
t. 0221/809-2550
datenschutzbeauftragter@lvr.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

Ihre Daten werden erhoben soweit dies für die Durchführung der Aufgabe des Sozialen Entschädigungsrechts erforderlich ist.

Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchst. a, Art. 9 Abs. 1 Buchst. a EU-DSGVO in Verbindung mit §§ 67a, 67b SGB X verarbeitet.

Kategorien der personenbezogenen Daten, die verarbeitet werden

Es werden folgende personenbezogene Daten von Ihnen verarbeitet:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, Staatsangehörigkeit, Geschlecht, Familienstand, Erwerbstätigkeit, gesetzliche Vertretung, Bevollmächtigte/r, Bankdaten (IBAN).

Sofern dies in Abhängigkeit von der von Ihnen beantragten Leistung erforderlich ist, werden zur Sachverhaltsaufklärung auch Daten insbesondere von Renten- Kranken- Pflege- und Unfallversicherungen, Jugendämtern, Agentur für Arbeit, Jobcenter, Integrationsfachdiensten, Staatsanwaltschaften, Gerichten, Behörden die über die Feststellung einer Behinderung nach § 152 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch entscheiden, behandelnden Ärzten und Krankenhäusern erhoben und verarbeitet.

Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden weitergegeben – sofern dies notwendig ist – insbesondere an:

- » beauftragte Stellen innerhalb des LVR (technischer Fachdienst, medizinisch-psychosozialer Fachdienst, Fallmanager/innen des Dezernates) im Rahmen von erforderlichen fachbezogenen Stellungnahmen
- » extern beauftragte Gutachter/Gutachterinnen zur medizinischen Beurteilung
- » andere Sozialleistungsträger für deren gesetzlichen Aufgaben
- » Gerichte der Zivil- oder Verwaltungsgerichtsbarkeit im Falle eines Streitverfahrens
- » Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) im Rahmen von Meldepflichten nach dem Einkommensteuergesetz

auf der rechtlichen Grundlage des § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 und § 78 SGB X.

Ihre personenbezogenen Daten werden nicht an einen Empfänger außerhalb der Europäischen Union und auch nicht an eine internationale Organisation weitergegeben.

Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gemäß § 67c Abs. 1 SGB X für die jeweilige Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Der Landschaftsverband Rheinland ist verpflichtet, Ihre für die Leistungsgewährung erforderlichen Daten als zahlungsbegründende Informationen 10 Jahre ab Beginn der jeweiligen Leistungsgewährung vorzuhalten.

Betroffenenrechte

Nach der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 EU-DSGVO /§ 83 SGB X). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 EU-DSGVO).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 EU-DSGVO/ § 84 SGB X).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 EU-DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Landschaftsverband Rheinland, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht (Art. 77 Abs. 1 EU-DSGVO) bei der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW.

Kontakt

Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf
t. 0211/38424-0
f. 0211/38424-10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de
Internet: www.ldi.nrw.de

Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Landschaftsverband Rheinland durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt (Art. 7 EU-DSGVO/ § 67b Abs.2 SGB X).