

## Antrag auf Leistungen für Gewaltopfer

nach dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (SGB XIV)

**Versorgungsamt Hamburg**

**Postanschrift** Postfach 76 01 06 22051 Hamburg  
**Sitz** Adolph-Schönfelder-Straße 5 22083 Hamburg

**Telefon** 040/ 42863-7157 oder -7164

**Telefax** 040/ 42796-1081

**Internet** [www.hamburg.de/gewaltopfer](http://www.hamburg.de/gewaltopfer)

**E-mail** [ser@soziales.hamburg.de](mailto:ser@soziales.hamburg.de)

Bitte Feld frei lassen für Eingangsvermerk der Behörde

### I. Angaben zur Person

1. <input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname:	Geburtsname oder früherer Name:
----------------------------------	-------------------------------	----------------	---------------------------------

2. Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ), Geburtsort:	3. <b>*Freiwillige Angaben</b>
	Telefonnummer (tagsüber):*
	E-Mail-Adresse:*

4. Familienstand	seit:	Zahl der Kinder:
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben		

5. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt:	Straße und Hausnummer:	Postleitzahl:	Wohnort:
---	------------------------	---------------	----------

**Bitte fügen Sie eine Kopie eines Identitätsausweises bei (z.B. Personalausweis, Reisepass)**

6. <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter / gesetzliche Vertreterin	ODER	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter / Bevollmächtigte
<input type="checkbox"/> Betreuer / Betreuerin		<b>(Bitte fügen Sie eine Kopie der Vollmacht bei)</b>
Name, Vorname und Anschrift:		
<b>(Bitte fügen Sie eine Kopie der Bestellungsurkunde bzw. des Betreuerausweises bei)</b>		

## II. Angaben zur Gewalttat\*

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

2. Tatort (soweit möglich: Ortsbeschreibung, z. B. Ort, Straße, Hausnummer, Wohnung):

- Arbeitsplatz  Weg zum / vom Arbeitsplatz  
 Schule / Ausbildungs-/ Betreuungseinrichtung  Weg zu / von Schule / Ausbildungs-/Betreuungseinrichtung

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

sonstiger Tatort

3. Ist Strafanzeige erstattet worden?

- ja bei: am (Datum):  
 nein, Gründe (**bitte erläutern**)\*\* Aktenzeichen:

Ich mache von meinem gesetzlichen Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch  keinen Gebrauch

4. Name und Anschrift - soweit bekannt

- des Täters / der Täter / der Täterin/nen:  weiterer Tatbeteiligter:  
 von Tatzeugen:  von Ersthelfern:

5. Hat ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren / gerichtliches Verfahren stattgefunden?

- nein  ja, bei:  
Aktenzeichen:

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

Ich kann hierzu zur Zeit keine Angaben machen

\*Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.

\*\*Nach dem SGB XIV sind Sie verpflichtet, das Ihnen Mögliche 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 verschwägerte Personen (z. B. Eltern, Großeltern), bzw. in der Seitenlinie bis zum dritten Grad verwandte oder bis zum zweiten Grad verschwägerte Personen (z. B. Geschwister, Onkel, Tante).

### III. Angaben zu Gesundheitsstörungen / Schädigungen

1. Zu welchen körperlichen und / oder seelischen Gesundheitsstörungen hat die Gewalttat geführt?*
2. Liegen diese heute noch vor?*
<input type="checkbox"/> ja, folgende: <input type="checkbox"/> nein
3. Nur in Ausnahmefällen: Möchten Sie bereits vor der Entscheidung über diesen Antrag vorläufige Leistungen der Heilbehandlung erhalten (z. B. Zahnbehandlung, psychische Soforthilfe)?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ( <b>bitte begründen*</b> )
4. Wurden durch die Gewalttat am Körper getragene Hilfsmittel beschädigt (z. B. Brille, Hörgerät, Zahnersatz)?
<input type="checkbox"/> ja, folgende: <input type="checkbox"/> nein
5. Sind Sie krankenversichert?
<input type="checkbox"/> ja falls ja: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
<input type="checkbox"/> nein
derzeitige Krankenkasse: Mitglied seit:
ggf. frühere Krankenkasse:

### 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: Name, Anschrift Hausarzt / behandelnde(r) Arzt / Ärztin / Psychotherapeut/in: ggf. Fachrichtung:
3. Welche der unter Ziffer III geltend gemachten Gesundheitsstörungen / Schädigungen haben bereits vor der Gewalttat bestanden (ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung)?*
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> folgende:
Name, Anschrift Arzt / Ärztin / Psychotherapeut/in: Behandlung von - bis: wegen welcher Gesundheitsstörung / Schädigung:

### V. Angaben zur beruflichen Situation

1. Beruf / Tätigkeit, ggf. Studium vor der Gewalttat:
2. Fühlen Sie sich durch die Folgen der Gewalttat in Ihrer Berufsausübung beeinträchtigt?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja In welcher Form ( <b>bitte begründen*</b> )?
3. Falls ja, haben Sie Interesse an einer Berufsförderungsmaßnahme?
<input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein

\*Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.

## VI. Sonstige Angaben

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

nein  ja

Falls ja, gegenüber

Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft, private Unfallversicherung)  Krankenversicherung  
 dem Täter / der Täterin (Schadensersatz/ Schmerzensgeld)  gesetzlicher Rentenversicherung  
 ausländischen Entschädigungssystemen  sonstigen Leistungsträgern?

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

**Bitte fügen Sie ggf. Belege bei.**

ja, gegenüber Name, Anschrift des Leistungsträgers oder Gerichts:

nein (**bitte begründen\***)

3. Beziehen Sie bereits Leistungen nach dem SGB XIV, Häftlingshilfegesetz, Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz, Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz?

nein  ja zuständige Behörde: Aktenzeichen:

4. Liegt eine anerkannte Behinderung vor?

nein  ja zuständige Behörde: Aktenzeichen:

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

BIC: IBAN:

Geldinstitut: Kontoinhaber/in:

6. Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:

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

\*Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.

Ich habe Kenntnis, dass

- die Behörde gemäß § 120 SGB XIV 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 Gesetzes 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 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).

**Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Versorgung aufgrund einer Gewalttat nach dem SGB XIV gestellt habe.**

Ort, Datum:

Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters / der Vertreterin oder des Betreuers / der Betreuerin:

..... 

## 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, Psychologen, 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.

- ja
- nein
- von dieser Einverständniserklärung schließe ich ausdrücklich aus:

- bitte Arzt/Ärztin, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen -

Ort, Datum:

Unterschrift für Einverständniserklärung:

..... 



