

Antrag

auf Versorgung für *Witwen, Witwer und Waisen* nach dem Sozialgesetzbuch **Vierzehntes Buch (SGB XIV)**

Hinweise

Die mit diesem Antrag erhobenen personenbezogenen Daten werden benötigt, um über Ihren Antrag entscheiden zu können. Gemäß §§ 60 ff. des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil - (SGB I) sind Sie verpflichtet, bei der Sachverhaltsaufklärung mitzuwirken. Sie sind insbesondere verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Bei fehlender Mitwirkung kann die Leistung ganz oder teilweise versagt werden (§ 66 SGB I). Sie werden darauf aufmerksam gemacht, dass die im Rahmen dieses Verwaltungsverfahrens erhobenen Daten teilweise mit Hilfe von automatischen Datenverarbeitungsträgern verarbeitet werden.

Die folgenden Fragen sind **sorgfältig, vollständig** und **möglichst ausführlich** zu beantworten. Fehlende oder unvollständige Angaben können zu längeren Bearbeitungszeiten führen. Sollten Sie bei der Beantwortung der Fragen Schwierigkeiten haben, sind wir Ihnen telefonisch, per E-Mail oder bei einem vereinbarten persönlichen Termin gern behilflich.

Sitz: Adolph-Schönfelder-Straße 5, 22083 Hamburg, Telefon: 040/42863-7157 oder -7164; Telefax: 040/42796-1081

Internet: www.hamburg.de/gewaltopfer

E-Mail: ser@soziales.hamburg.de

Zur Person des/der Verstorbenen

Nachname, ggfs. Geburtsname:

Vorname:

weiblich männlich divers

Geburtsdatum:

ledig verheiratet geschieden verwitwet

Geburtsort/-kreis/-staat:

Letzte Anschrift:

Todesursache:

Zuletzt ausgeübter Beruf:

Letzter Arbeitgeber (Name und Anschrift):

Wann und wo verstorben? (Bitte Sterbeurkunde beifügen)

Zur Person der Witwe/des Witwers

Nachname, ggfs. Geburtsname:

Vorname:

Geburtsdatum:

weiblich männlich divers

Geburtsort/-kreis/-staat:

Telefon tagsüber:

Telefax/E-Mail:

Aktuelle Anschrift:

Anschrift am 18.05.1990:

Name und Sitz der Krankenkasse/-versicherung (z.B. AOK Hamburg):

Tag der Eheschließung mit dem/der Verstorbenen (Bitte Heiratsurkunde beifügen):

In **wievielter Ehe** war die Witwe/der Witwer mit dem/der Verstorbenen verheiratet? In erster Ehe In _____ Ehe (Anzahl)

Wurden **nach der Ehe** mit dem/der Verstorbenen **weitere Ehen** geschlossen? nein ja, _____ Ehe/n (Anzahl)

Falls ja, wie ist der jetzige Familienstand verheiratet geschieden verwitwet

Wurde die Ehe mit dem/der Verstorbenen geschieden? ja nein oder für **nichtig** erklärt? ja nein

Falls ja, Name und Aktenzeichen des Gerichtes und das Datum der gerichtlichen Entscheidung angeben (ggfs. Scheidungsurteil beifügen):

Leistete der/die Verstorbene **Unterhalt** gegenüber d. Witwe/Witwer? ja, aufgrund einer Verpflichtung ja, ohne Verpflichtung nein

Werden nach dem/der Verstorbenen Leistungen aus der gesetzlichen **Unfallversicherung**/beamtenrechtlichen Unfallfürsorge bezogen oder sind solche Leistungen beantragt worden? nein ja (zuständige Stelle und dortiges Aktenzeichen angeben und Bescheid beifügen):

Zur Person der Waise(n)

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Geschlecht: weiblich männlich divers

Anschrift:

Wenn über 18 Jahre, voraussichtlicher Zeitpunkt des **Endes der Schul-/Berufsausbildung** angeben:

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Geschlecht: weiblich männlich divers

Anschrift:

Wenn über 18 Jahre, voraussichtlicher Zeitpunkt des **Endes der Schul-/Berufsausbildung** angeben:

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Geschlecht: weiblich männlich divers

Anschrift:

Wenn über 18 Jahre, voraussichtlicher Zeitpunkt des **Endes der Schul-/Berufsausbildung** angeben:

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Geschlecht: weiblich männlich divers

Anschrift:

Wenn über 18 Jahre, voraussichtlicher Zeitpunkt des **Endes der Schul-/Berufsausbildung** angeben:

Bitte nur beantworten, falls Waisenversorgung beantragt wird:

Krankenkasse/Krankenversicherung der Waisen:

Name und Anschrift der Mutter/des Vaters:

Bei Vollwaisen: Gegebenenfalls den Todestag der Mutter/des Vaters der Waise(n) angeben (Sterbeurkunde beifügen):

Gegebenenfalls den Namen und Anschrift des Vormundes angeben (Bestallungsurkunde beifügen):

Bitte nur beantworten, falls Versorgung für ein nicht eheliches Kind beantragt wird:

Ist amtlich festgestellt, dass der Verstorbene Vater des nicht ehelichen Kindes ist? ja (Urteil/Anerkennung beifügen) nein

Falls nein: Wer kann Angaben über die Vaterschaft des Verstorbenen machen? (Namen u. Anschriften):

Eltern des/der Verstorbenen (Vor- und Nachnamen sowie Anschrift):

Witwer/Witwe (ggf. auch der geschiedene Ehegatte) des/der Verstorbenen (Vor- und Nachnamen sowie Anschrift):

Das schädigende Ereignis (Gewalttat)

Zeitpunkt der Gewalttat: Datum: Uhrzeit:

Tatort (z. B. Stadt, Straße, Hausnummer, Stockwerk):

Ausführliche Schilderung (Bitte keine Verweise auf Unterlagen anderer Stellen. Benutzen Sie gegebenenfalls einen gesonderten Bogen):

Der/Die Verstorbene hat einem anderen **Hilfe** geleistet ja nein und/oder sich an der **Festnahme** eines Straftäters beteiligt: nein - Falls ja:

Bezeichnung, Anschrift und Aktenzeichen der Unfallversicherung:

Steht die Tat in Zusammenhang mit der **Arbeit** des/der Verstorbenen (z. B. während d. Arbeitszeit/auf d. Arbeitsweg)? ja nein - Falls ja:

Bezeichnung, Anschrift und Aktenzeichen der Berufsgenossenschaft:

Namen und Anschriften der **Täter**:

Namen und Anschriften der **Zeugen**:

Ist der/die Verstorbene vor seinem/ihrem Tode wegen Schädigungsfolgen im Sinne des SGB XIV ambulant oder stationär behandelt worden?

Falls ja: Namen und Anschriften der behandelnden **Ärzte/Krankenhäuser**: ambulant stationär von bis

1

2

3

Welche **Krankenkasse/Krankenversicherung** hat die Kosten getragen?

Polizeiliche Ermittlungen und Gerichtsverfahren

Eingeschaltete Polizeidienststelle:

Aktenzeichen der Polizei:

Strafanzeige wurde erstattet am:

bei:

Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft/des Gerichts:

Schadensersatz wurde geltend gemacht erbracht. Gericht/Aktenzeichen:

Schmerzensgeld wurde geltend gemacht erbracht. Gericht/Aktenzeichen:

Andere Anträge/Ansprüche

Über welche **Einkünfte** verfügen **Witwe/Witwer/Waisen**?

Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung von der LVA BfA Seekasse

Arbeitslosengeld/Arbeitslosengeld II

Grundsicherung oder Sozialhilfe

Leistungen nach SGB XIV, früher OEG BVG SVG IfSG (ehem. BseuchG) HHG ZDG UBG BGSG

SED-UnBerG (1. u. 2.) Sonstige:

Sind gegebenenfalls entsprechende Anträge gestellt? nein ja, bei:

Leistungen/gewährende Stellen/Aktenzeichen:

Bestanden bei dem **Verstorbenen** bereits Ansprüche nach dem SGB XIV, früher OEG, BVG, SVG, IfSG (ehem. BseuchG), HHG, ZDG, UBG, BGSG oder SED- UnBerG (1. u. 2.) oder waren entsprechende Anträge gestellt? nein ja

Falls ja: Bei welchem Amt?

Dortiges Aktenzeichen:

Art der dort beantragten/gewährten Leistungen:

Konto, auf das die Versorgungsbezüge überwiesen werden sollen:

Institut:

IBAN:

Kontoinhaber/in:

BIC:

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Ich wäre bereit, die Richtigkeit meiner Angaben *eidesstattlich* zu versichern. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. **Änderungen in den Verhältnissen**, insbesondere des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Einwilligungserklärung (§§ 67 ff., 100 des Zehnten Sozialgesetzbuches -SGB X-)

Ich bin damit einverstanden, dass das Versorgungsamt Hamburg von den im Antrag genannten

- Ärzten
- Krankenanstalten/Krankenhäusern
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
- Trägern der Sozialversicherung
- privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen
- Behörden
- Stellen innerhalb der Versorgungsverwaltung

Auskünfte einholt und Unterlagen zur Einsichtnahme bezieht, die für die Entscheidung über meinen Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (SGB XIV) erforderlich sind. Ausdrücklich erstreckt sich diese Einwilligung auch auf medizinische, psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Unterlagen (beispielsweise Krankenpapiere, Befundberichte, Röntgenbilder), die diese Ärzte und sonstigen Stellen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Die beteiligten Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten entbinde ich ausdrücklich von der Schweigepflicht. Ärzte und sonstige Stellen, bei denen ich vor dem schädigenden Ereignis wegen Gesundheitsstörungen in Behandlung war, deren Anerkennung als Schädigungsfolgen ich auch mit meinem Antrag begehre, habe ich auf der Rückseite aufgeführt.

Die Einwilligungserklärung gilt für das Verwaltungsverfahren und für ein sich möglicherweise anschließendes Widerspruchsverfahren. Ich stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen zu.

Mir ist bekannt, dass ich den Umfang meiner Einwilligung einschränken kann. Eine solche Einschränkung kann sich allerdings möglicherweise nachteilig auf die Entscheidung über den Antrag auswirken. Folgende Einschränkungen nehme ich vor:

Von folgenden Ärzten und sonstigen Stellen, die ich nicht im Antrag genannt habe, dürfen zusätzlich Auskünfte eingeholt und Unterlagen beigezogen werden:

Ort und Datum

Unterschrift