

Behörde für Arbeit, Gesundheit,
Soziales, Familie und Integration
Versorgungsamt Hamburg
Postfach 76 01 06
22051 Hamburg

Bitte für amtliche Zwecke freihalten

Eingangsstempel der Abteilung

Eingangsstempel anderer Stellen
(z. B. Krankenkasse)

Antrag

auf Versorgung für *E l t e r n* 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 nach Terminvereinbarung persönlich 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: Bitte Geburtsurkunde beifügen

ledig verheiratet geschieden verwitwet

Geburtsort/-kreis/-staat:

Letzter Wohnort:

Todesursache: Bitte Sterbeurkunde beifügen

Zur Person der Mutter/Großmutter

Nachname, ggfs. Geburtsname:

Vorname:

Geburtsdatum:

ledig verheiratet geschieden verwitwet

Geburtsort/-kreis/-staat:

Telefon:

Telefax/E-Mail:

Aktuelle Anschrift:

Anschrift am 18.05.1990:

Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Verstorbenen: (leibl./Stief-/Pflege-Mutter):

Falls Elternteil verstorben, bitte Sterbeurkunde beifügen

War der/die Verstorbene Ihr **einziges Kind**? ja nein
falls nein: Haben Sie noch lebende Kinder? ja nein; ggfs: Die Kinder sind verstorben am:

Nur beantworten, falls Sie das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

Sind Sie erwerbsunfähig im Sinne des Sechsten Sozialgesetzbuches (SGB VI)? ja (bitte Nachweis beifügen) nein

Hinweis: Erwerbsunfähig in diesem Sinne ist, wer wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen.

Nur beantworten, wenn die Antragssteller die Großeltern sind:

Sind die Eltern des/der Verstorbenen noch am Leben? ja nein

wenn ja, Anschriften:

Beziehen die Eltern Elternversorgung (ggfs. gewährende Stelle angeben)? nein ja, bei

Hat/Hätte der/die Verstorbene **Unterhalt** gegenüber den Großeltern geleistet? nein ja (Nachweise beifügen)

Zur Person des Vaters/Großvaters

Nachname, ggfs. Geburtsname:

Vorname:

Geburtsdatum: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Geburtsort/-kreis/-staat:

Telefon:

Telefax/E-Mail:

Aktuelle Anschrift:

Anschrift am 18.05.1990:

Krankenkasse/-versicherung:

Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Verstorbenen: (leibl./Stief-/Pflege-Vater):

Falls Elternteil verstorben ist, bitte Sterbeurkunde beifügen

War der/die Verstorbene Ihr **einziges Kind**? ja nein
falls nein: Haben Sie noch lebende Kinder? ja nein; ggfs.: Die Kinder sind verstorben am:

Nur beantworten, falls Sie das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

Sind Sie erwerbsunfähig im Sinne des Sechsten Sozialgesetzbuches (SGB VI)? ja (bitte Nachweis beifügen) nein

Hinweis: Erwerbsunfähig in diesem Sinne ist, wer wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen.

Nur beantworten, wenn die Antragsteller die Großeltern sind:

Sind die Eltern des/der Verstorbenen noch am Leben? nein ja

wenn ja, Anschriften:

Hat/Hätte der/die Verstorbene **Unterhalt** gegenüber den Großeltern geleistet? nein ja (Bitte Nachweis beifügen)

Beziehen die Eltern Elternversorgung (ggfs. gewährende Stelle angeben)? nein ja

wenn ja, Anschriften:

Die Eltern sind

verheiratet geschieden getrennt lebend die Ehe ist aufgehoben (Heiratsurkunde bzw. Scheidungs-/Aufhebungs-Urteile beifügen)

Ggfs. Anschrift des gesch./früheren/getrennt lebenden Ehegatten:

Das schädigende Ereignis (Gewalttat)

Zeitpunkt der Gewalttat: Datum: Uhrzeit:

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

Ausführliche Schilderung (Bitte 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/ihrer Tode wegen Schädigungsfolgen im Sinne des OEG 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 die **Eltern**?

Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung von der LVA BfA Seekasse

Arbeitslosengeld/Arbeitslosengeld II

Grundsicherung oder Sozialhilfe

Leistungen nach 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 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, bei einem Elternteil Unterschrift beider Eltern)

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