


Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen 

Bitte heften oder klammern Sie die Rechnungsbelege nicht oder kleben diese auch nicht auf, da wir die Belege einzeln scannen!

Beihilfeberechtigte/r und Geschäftszeichen		
Nachname, Vorname		Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)
Personalnummer (8-stellig - bitte unbedingt angeben)	Firmennummer (4-stellig) oder ▶	Vertragsnummer (2-stellig)

ZPD Hamburg
Fachbereich Beihilfe
Postfach 26 19 64
20509 Hamburg


Antrag auf Gewährung einer finanziellen Hilfe

bei Beantragung von Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz

1. Angaben zur Gewalttat	
Opfer der Gewalttat ist (Nachname, Vorname):	Geburtsdatum:

2. Angaben zum Leistungsantrag beim Versorgungsamt	
Versorgungsamt (Bezeichnung und Anschrift):	Die Gewalttat ereignete sich am:
Aktenzeichen:	Antragsdatum:

3. Erklärung der/des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten	
<p>Ich beantrage zu den aus einer Gewalttat entstandenen Aufwendungen eine finanzielle Hilfe bis zur Höhe einer mir nach den Vorschriften der Hamburgischen Beihilfeverordnung zustehenden Beihilfe. Die Zusammenstellung der Aufwendungen sowie eventuell erforderliche weitere Angaben zur Person sind den beigefügten Unterlagen zu entnehmen.</p> <p>Ich verpflichte mich, alles mir Mögliche zur Aufklärung des Sachverhalts und zur Verfolgung des/der Täter/s beizutragen, insbesondere unverzüglich Anzeige bei einer für die Strafverfolgung zuständigen Behörde zu erstatten, soweit dies für die Ermittlung des/der Täters/s und zur Sachverhaltsaufklärung erforderlich ist.</p> <p>Darüber hinaus werde ich die Beihilfestelle unverzüglich über gewährte Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz durch das Versorgungsamt in Kenntnis setzen.</p> <p>Folgende Anlagen sind diesem Antrag ausgefüllt und unterschrieben beigefügt:</p> <ol style="list-style-type: none">Abtretungserklärung „Erklärung über das Bezugsrecht von Zahlungen von Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz“.Angaben über den Schadenhergang sowie über eventuell Schadenersatzpflichtige, soweit dies nicht bereits zusammen mit dem Beihilfeantrag eingereicht wurde. (Hierzu steht Ihnen der Vordruck P10.303 „Unfallbericht“ zur Verfügung.)Belege der schadensbedingten Kranken- und Heilbehandlungskosten.	
Datum	Unterschrift
Wenn Sie als Bevollmächtigte/r einen Antrag stellen:	<input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Vollmacht ist beigefügt

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen 

Beihilfeberechtigte/r und Geschäftszeichen		
Nachname, Vorname		Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)
Personalnummer (8-stellig - bitte unbedingt angeben)	Firmennummer (4-stellig) oder ▶	Vertragsnummer (2-stellig)

Bitte heften oder klammern Sie die Rechnungsbelege nicht oder kleben diese auch nicht auf, da wir die Belege einzeln scannen!

ZPD Hamburg
Fachbereich Beihilfe
Postfach 26 19 64
20509 Hamburg

Anlage zum Antrag auf Gewährung einer finanziellen Hilfe

Erklärung über das Bezugsrecht von Leistungen nach dem
Opferentschädigungsgesetz

1. Angaben zur Gewalttat	
Opfer der Gewalttat ist (Nachname, Vorname):	Geburtsdatum:

2. Angaben zum Leistungsantrag beim Versorgungsamt	
Versorgungsamt (Bezeichnung und Anschrift):	Die Gewalttat ereignete sich am:
Aktenzeichen:	Antragsdatum:

3. Erklärung der/des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten	
Ich bestimme hiermit, dass die von dem vorgenannten Schadenerschein zustehende Opferentschädigungsleistungen an das Zentrum für Personaldienste Fachbereich Beihilfe Normannenweg 36, 20537 Hamburg bis zur Höhe der im Rahmen der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen im Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Hamburgische Beihilfeverordnung – HmbBeihVO) gewährten finanziellen Hilfen gezahlt werden.	
Datum	Unterschrift
Wenn Sie als Bevollmächtigte/r einen Antrag stellen: <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Vollmacht ist beigefügt	

