

# Antrag

## auf Leistungen bei Gewalttaten im Ausland nach § 3a OEG – Opferentschädigungsgesetz

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

zur Bearbeitung des Antrages bitten wir Sie, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – möglichst in Maschinen- oder Blockschrift – zu beantworten sowie die erforderlichen Unterlagen beizufügen. Bei Rückfragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Versorgungsamtes gerne zur Verfügung.

**Hinweis zur Erhebung von Sozialdaten nach § 67a Abs. 3 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X):**  
 Ihre Angaben sind nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) für die Entscheidung in Ihrer Angelegenheit erforderlich (vgl. § 60 Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – SGB I). Wenn Sie die Angaben nicht machen, können wir Leistungen nach dem OEG ganz oder teilweise versagen, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Alle unsere Mitarbeiter sind zur Wahrung des Sozialgeheimnisses verpflichtet. Ihre Angaben werden teilweise mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert.

### 1. Angaben zur Person des Geschädigten

Zutreffendes ankreuzen  oder ausfüllen

|  |            |  |
|--|------------|--|
| <b>1.1 Name und Anschrift</b><br>Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname und frühere Namen   |            | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich  |
| Geburtsdatum   | Geburtsort | Staatsangehörigkeit<br><input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> nicht deutsch<br>(bitte Nr. 1.2 beachten) |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort)  |            | Tagsüber telefonisch erreichbar unter<br><br>/   |
| Ist der Geschädigte minderjährig oder wird er betreut (§ 1896 BGB), sind die Personalien des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers oder die Anschrift der Stelle, welche die Vormundschaft oder Betreuung führt und deren Aktenzeichen anzugeben:<br>.....<br>..... |            |  |
| <b>1.2 Nicht deutsche Antragsteller</b>  |            |  |
| a) <input type="checkbox"/> Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaates der Europäischen Gemeinschaften .....  |            |  |
| b) <input type="checkbox"/> Sonstige Staatsangehörigkeit ..... <input type="checkbox"/> Staatenlos   |            |  |
| In welcher Weise hat Ihnen die Ausländerbehörde den Aufenthalt genehmigt (z.B. Aufenthaltserlaubnis usw.)?<br>.....  |            |  |
| <b>➡ Bitte fügen Sie unbedingt beglaubigte Kopien des Reisepasses bzw. Bescheinigung der Ausländerbehörde bei! ⬅</b>   |            |  |
| <b>1.3 Art und Dauer des Auslandsaufenthaltes – Bitte Belege (z.B. Reisetickets, Buchungsunterlagen, Rechnungen etc.) beifügen –</b>   |            |  |
| a) Für welchen Zeitraum befanden Sie sich außerhalb der Bundesrepublik Deutschland?<br>von ..... bis ..... in welchem Land .....   |            |  |
| von ..... bis ..... in welchem Land .....  |            |  |
| b) Grund des Auslandsaufenthaltes (z.B. berufliche Tätigkeit, Urlaub, etc.) .....  |            |  |
| .....  |            |  |

## 2. Schädigendes Ereignis

a) Wann wurde die zum Gesundheitsschaden führende Gewalttat verübt?

Tag - Monat - Jahr

Uhrzeit

b) Wo ereignete sich die Gewalttat? – bitte genaue Ortsbeschreibung –

c) Wie hat sich die Gewalttat zugetragen und wie wurde die Verletzung herbeigeführt?  
– Bitte möglichst genaue und eingehende Schilderung, evtl. auf gesondertem Blatt –

d) Was war der Anlass für die Auseinandersetzung?

e) Wer hat mit den Tätlichkeiten begonnen?

f) Welche Zeugen können Sie benennen? – Bitte kompletten Namen und Anschrift angeben –

g) Name und Anschrift des Täters:

h) Wurde eine Strafanzeige erstattet?

ja, am .....

Welche Polizeidienststelle oder Staatsanwaltschaft hat die Gewalttat bearbeitet?

Wurde ein gerichtliches Strafverfahren durchgeführt?

- Dienststelle, Gericht, Anschrift, Aktenzeichen, Tagebuchnummer -

nein, weil - ggf. auf gesondertem Blatt ausführlich begründen -

i) Haben Sie einen Rechtsanwalt beauftragt, Ihre Interessen wegen der Gewalttat wahrzunehmen?

- Name und Anschrift des Rechtsanwalts angeben -

nein

ja,

.....

### 3. Gesundheitliche Schädigung

#### 3.1 Folgende Gesundheitsstörung(en) führe ich auf die Gewalttat zurück:

.....

.....

.....

.....

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

nein       ja    Welche? .....

#### 3.2 Angaben über ärztliche Behandlungen

##### a) Ärztliche Behandlung wegen der geltend gemachten Gesundheitsstörung(en) nach der Gewalttat?

- Bitte fügen Sie Ihnen evtl. vorliegende Unterlagen (z.B. Atteste, Arztbriefe etc.) bei -

| von - bis | Name des behandelnden Arztes bzw. Bezeichnung des Krankenhauses und der Abteilung sowie genaue Anschrift (ggf. bitte auf gesondertem Blatt) | in Behandlung wegen (Krankheitsbezeichnung) |
|-----------|---|---|
|           |   |   |
|           |   |   |
|           |   |   |
|           |   |   |

##### b) Welche der unter 3.1 geltend gemachten Gesundheitsstörung(en) haben schon vor der Gewalttat bestanden? Wann und wo sind diese ärztlich behandelt worden?

- Bitte fügen Sie Ihnen vorliegende Unterlagen (z.B. Atteste, Arztbriefe etc.) bei -

| in Behandlung wegen (Gesundheitsstörung) | Name des behandelnden Arztes bzw. Bezeichnung des Krankenhauses und der Abteilung sowie genaue Anschrift (ggf. bitte auf gesondertem Blatt) | von - bis |
|--|---|-----------|
|  |   |           |
|  |   |           |
|  |   |           |
|  |   |           |

#### 3.3 Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen

Welchen Krankenkassen bzw. Krankenversicherungen haben Sie von Geburt bis heute angehört?

| von - bis | Genaue Anschrift der Krankenkasse oder Krankenversicherung mit Versicherungsnummer | Name und Geburtstag des Hauptversicherten |
|-----------|--|---|
|           |  |   |
|           |  |   |
|           |  |   |

### 4. Andere Leistungsansprüche

#### 4.1 Haben Sie wegen dem unter 2. beschriebenen schädigenden Ereignis Ansprüche gegen andere öffentliche (z.B. gesetzliche Unfallversicherung) oder private Sicherungs- oder Versorgungssysteme (z. B. Risikoversicherungen wie private Unfallversicherung, Berufsunfähigkeitsversicherung etc.) im Inland geltend gemacht?

- Bezeichnung, genaue Anschrift, Nummer bzw. Aktenzeichen -

nein       ja, bei .....

#### 4.2 Haben Sie wegen dem unter 2. beschriebenen schädigenden Ereignis Ansprüche gegen Sicherungs- oder Versorgungssysteme des Staates geltend gemacht, in dem sich die Gewalttat ereignet hat?

- Bezeichnung, genaue Anschrift, Nummer bzw. Aktenzeichen -

nein       ja, bei .....

4.3 Haben Sie wegen dem unter 1.3 angegebenen Auslandsaufenthalt gesonderte Versicherungen abgeschlossen (z. B. Auslandskrankenversicherung, Reiserückholversicherung etc.)?  
 - Bezeichnung, genaue Anschrift, Nummer bzw. Aktenzeichen -

ja, bei .....

.....

nein, weil .....

.....

## Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt werden müssen.

Soweit Änderungen in den angegebenen Verhältnissen (z.B. des Familienstandes, der Anschrift, des Krankenversicherungsverhältnisses, der beruflichen Tätigkeit) eintreten, werde ich diese der zuständigen Regionalstelle des Zentrums Bayern Familie und Soziales - Versorgungsamt unverzüglich anzeigen, auch wenn über den Antrag noch nicht entschieden ist.

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales zur Bearbeitung meines Antrages nach dem Opferentschädigungsgesetz die für die Feststellungen erforderlichen Auskünfte einholt, insbesondere auch von Arbeitgebern und privaten Krankenversicherungsunternehmen und die über mich bei Krankenanstalten und den Sozialleistungsträgern (Agentur für Arbeit, Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, Sozial- und Jugendhilfe) sowie Pensionsbehörden und Gesundheitsämtern geführten Unterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht beizieht. Ferner bin ich damit einverstanden, dass auch von Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde die beteiligten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die für die Aufgaben des Zentrums Bayern Familie und Soziales im Zusammenhang mit der Antragstellung nach dem OEG bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Agentur für Arbeit, Jugendamt) für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB X i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem widersprechen kann. Ein Widerspruch kann zur Versagung oder Entziehung der dort beantragten Leistung führen, nachdem ich von der dortigen Stelle auf diese Folgen schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

An Unterlagen sind beigefügt:

- Einverständniserklärungen  .....
- .....  .....

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

- bei Vertretung:**  als gesetzlicher Vertreter  
 als Bevollmächtigter oder Betreuer  
 Vollmacht bzw. Betreuerausweis bitte beifügen