

An den Landschaftsverband Westfalen-Lippe LWL-Versorgungsamt Westfalen 48133 Münster	Geschäftszeichen	Eingangsstempel
---	------------------	-----------------

Antrag

auf Gewährung von Beschädigten-Versorgung nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (Opferentschädigungsgesetz - OEG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

WICHTIGE HINWEISE

Um sachgerecht über Ihren Antrag nach dem Opferentschädigungsgesetz entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift - auszufüllen. Bitte vergessen Sie nicht, den Antrag auf der letzten Seite zu unterschreiben.

Wenn sich Unterlagen über die von Ihnen geltend gemachten Gesundheitsstörungen (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflegegutachten, EKG, Labor- und Röntgenbefunde, aber auch Unterlagen über ein Strafverfahren oder einen Schadenersatzprozess) in Ihren Händen befinden, reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Antrag ein.

Falls oder soweit Sie keine Unterlagen beifügen, werden diese entsprechend Ihrer Einverständniserklärung am Ende des Antragsvordrucks von den von Ihnen benannten Stellen und Personen beigezogen.

Ihre Mitwirkung zur Aufklärung des Sachverhalts ist in § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgeschrieben. Danach haben Sie alle für die Entscheidung erheblichen Tatsachen anzugeben, der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen sowie die verlangten Nachweise vorzulegen. Sofern Sie Ihrer Verpflichtung zur Mitwirkung (Obliegenheit) nicht nachkommen, kann die beantragte Leistung nach dem OEG ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind und die Grenzen der Mitwirkungspflicht, die sich aus § 65 SGB I ergeben, nicht überschritten werden.

Soweit Leistungen erbracht werden, ist die Verwaltung grundsätzlich verpflichtet, gegen den oder die Täter Schadenersatzansprüche geltend zu machen (§ 5 OEG in Verbindung mit § 81a BVG). In diesem Zusammenhang hat sie den oder die Täter frühzeitig von Ihrer Antragstellung in Kenntnis zu setzen. Falls Sie nicht wollen, dass der oder die Täter von Ihrer Antragstellung erfahren, stellen Sie bitte - ggf. auf einem Extrablatt - die Gründe dar. Der Landschaftsverband wird dann prüfen, ob erhebliche Nachteile für Sie zu befürchten sind und deshalb auf Schadenersatzansprüche verzichtet werden kann. Bei Minderjährigen kann die Gefährdung des Kindeswohls einen entsprechenden Grund bedeuten.

1	Antragsteller/in	
1.1	Name - Geburtsname	
1.2	Vornamen	
1.3	Geburtsdatum	Geburtsort
1.4	Staatsangehörigkeit	
1.5	Familienstand seit <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Ich lebe in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft. <input type="checkbox"/> Die Lebenspartnerschaft ist aufgehoben. <input type="checkbox"/> Ich lebe von meinem Lebenspartner getrennt.	Zahl der Kinder

1.6	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt		Tagsüber erreichbar unter (die Angabe der Tel.-Nr. ist freiwillig)
	Straße, Hausnummer		
1.7	PLZ	Wohnort	Telefon-Nr.:
	Bei Ausländern: In der Bundesrepublik ununterbrochen wohnhaft seit: _____ (Bitte Aufenthaltsgenehmigung oder Aufenthaltsgestattung der Ausländerbehörde in Fotokopie beifügen, soweit vorhanden)		
1.7	Derzeitiger Beruf	Frühere Berufe	
1.8	Sind Sie durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen in Ihrem Beruf besonders betroffen?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Gründe:	
1.8	Sind Sie an Berufsförderungsmaßnahmen interessiert?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Gründe:	
1.9	Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Name, Vorname und Anschrift des gesetzlichen Vertreters angeben und ggf. eine Kopie der Bestallungsurkunde oder des Betreuungsausweises vorlegen oder beifügen.		
2	Gesundheitsstörung		
2.1	Wegen welcher - aus einer Gewalttat herrührenden - Gesundheitsstörungen wird Versorgung beantragt?		
2.2	Sollen wegen dieser Gesundheitsstörungen aus besonderen Gründen schon vor der endgültigen Entscheidung vorläufig Leistungen der Heilbehandlung gewährt werden?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Die Gründe bitte auf Extrablatt darlegen)			
3	Gewalttat		
3.1	Tatzeit (Tag, Monat, Jahr)	Uhrzeit (0-24 Uhr)	
3.2	Tatort (genaue Ortsbeschreibung, Ort, Straße, Hausnummer, Wohnung, Raum usw.)		
3.3	<input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Weg zum/vom Arbeitsplatz		<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Schulweg
	Tathergang (genaue Schilderung)		

3.4	Name und Anschrift des/der Täter(s) (soweit bekannt)	
3.5	Weitere Tatbeteiligte (Namen und Anschriften, soweit bekannt)	
3.6	Tatzeugen (Namen und Anschriften, soweit bekannt)	
3.7	Wer hat erste Hilfe geleistet? (Name und Anschrift, soweit bekannt - diese Angabe ist freiwillig -)	
3.8	Wurde Strafanzeige erstattet? <input type="checkbox"/> nein, Gründe: <input type="checkbox"/> ja, bei	
3.9	am (Datum)	Aktenzeichen
3.9	Ist ein gerichtliches Verfahren durchgeführt oder eingeleitet worden?	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei Aktenzeichen
3.10	Haben Sie einen Rechtsanwalt beauftragt? (diese Angabe ist freiwillig)	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, (Name, Anschrift)
4	Ansprüche gegen Dritte	
4.1	Haben Sie wegen der Folgen der Gewalttat bei einer anderen Behörde (z. B. bei einem Unfallversicherungsträger) Antrag auf Leistungen gestellt?	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei
	am (Datum)	Aktenzeichen
4.2	Haben Sie vom Täter Schadenersatzleistungen erhalten?	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5	Heil- und Krankenbehandlung	
5.1	Ambulante ärztliche Behandlungen wegen der Folgen der Gewalttat	
	von - bis	Name, Anschrift der behandelnden Ärzte

5.2	Stationäre Behandlungen wegen der Folgen der Gewalttat		
	von - bis	Name, Anschrift der Krankenhäuser	Abteilung / Station
5.3	Ambulante und stationäre ärztliche Behandlungen vor Eintritt der Gewalttat wegen einer Krankheit oder Verletzung am gleichen Körperteil/Organsystem		
	von - bis	Name, Anschrift des Arztes/Krankenhauses	
6 Beantragte oder bezogene Leistungen			
6.1	Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen		
	von - bis	Name, Anschrift der Krankenkasse	des jeweiligen Arbeitgebers (Bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben des Hauptversicherten)
6.2	Beziehen Sie Unfallrente, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder ähnliches?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von (Anschrift)	Aktenzeichen
6.3	Beziehen Sie Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von (Dienststelle)	Aktenzeichen
6.4	Beziehen Sie Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder den Gesetzen, die das BVG für entsprechend anwendbar erklären (OEG, SVG, ZDG, IfSG, HHG, StrRehaG, VwRehaG)?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja von (Behörde)	Aktenzeichen
6.5	Haben Sie - ggf. auch früher - Leistungen der in Ziffer 6.2, 6.3 oder 6.4 genannten Art beantragt?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	Aktenzeichen

