

An den Landschaftsverband Westfalen-Lippe LWL-Versorgungsamt Westfalen 48133 Münster	Geschäftszeichen	Eingangsstempel
Zutreffendes bitte ankreuzen		<input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> oder ausfüllen

**Antrag**  
auf Gewährung von Witwen(r)-/Waisenversorgung nach dem  
Opferentschädigungsgesetz (OEG) in Verbindung mit dem  
Bundesversorgungsgesetz (BVG)

**WICHTIGE HINWEISE**

Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Hinterbliebenenversorgung entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und die/den Verstorbene(n) 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.

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, können die beantragten Leistungen nach dem BVG 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 Schadensersatzansprüche 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 Schadensersatzansprüche verzichtet werden kann. Bei Minderjährigen kann die Gefährdung des Kindeswohls einen entsprechenden Grund bedeuten.

<b>1</b>	<b>Angaben zur Person des Verstorbenen</b>		
1.1	Name:	Vornamen:	
1.2	Geburtsdatum:	Geburtsort (Kreis):	
1.3	Staatsangehörigkeit:	Todesstag:	
1.4	Todesort:	Familienstand im Zeitpunkt des Todes:	Zahl der Kinder:
1.5	Letzte Anschrift:		
1.6	Bei welchem Standesamt ist der Tod beurkundet? (Bitte Sterbeurkunde beifügen)		
1.7	War der/die Verstorbene als Beschädigte(r) nach dem Opferentschädigungsgesetz anerkannt?		
	<input type="checkbox"/> ja, von (Behörde)	Geschäftszeichen:	
	Die Fragen zu Ziffer 2 brauchen Sie nicht zu beantworten!		
	<input type="checkbox"/> nein. Bitte beantworten Sie die weiteren Fragen zu Ziffer 2		

<b>2 Angaben zum schädigenden Ereignis</b>	
2.1	Ist der Tod durch eine Gewalttat eingetreten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.2	Tatzeit (Tag, Monat, Jahr) <span style="float: right;">Uhrzeit (0-24 Uhr)</span>
2.3	Tatort (genaue Ortsbeschreibung, Ort, Straße, Hausnummer, Wohnung, Raum usw.)
	<input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Weg zum/vom Arbeitsplatz <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Schulweg</span>
2.4	Tathergang (genaue Schilderung)
2.5	Name und Anschrift des/der Täter(s) (soweit bekannt)
2.6	Weitere Tatbeteiligte (Namen und Anschriften, soweit bekannt)
2.7	Tatzeugen (Namen und Anschriften, soweit bekannt)
2.8	Wer hat erste Hilfe geleistet? (Name und Anschrift, soweit bekannt - diese Angabe ist freiwillig -)
2.9	Wurde Strafanzeige erstattet? <input type="checkbox"/> nein, Gründe: <input type="checkbox"/> ja, bei
	am (Datum) <span style="float: right;">Aktenzeichen</span>
2.10	Ist ein gerichtliches Verfahren durchgeführt oder eingeleitet worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei <span style="float: right;">Aktenzeichen</span>
2.11	Haben Sie einen Rechtsanwalt beauftragt? (Diese Angabe ist freiwillig) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (Name, Anschrift)
<b>3 Angaben zur Person der Antragstellerin/des Antragstellers (Witwe/Witwer)</b>	
3.1	Name - Geburtsname
3.2	Vornamen
3.3	Geburtsdatum <span style="float: right;">Geburtsort</span>
3.4	Staatsangehörigkeit
3.5	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt
	Straße, Hausnummer <span style="float: right;">Tagsüber erreichbar unter (Angabe der Tel.-Nr. freiwillig)</span>
	PLZ <span style="float: right;">Wohnort</span> <span style="float: right;">Telefon-Nr.:</span>
	<b>Bei Ausländern:</b> In der Bundesrepublik ununterbrochen wohnhaft seit: _____ (Bitte Aufenthaltsgenehmigung oder Aufenthaltsgestattung der Ausländerbehörde in Fotokopie beifügen, soweit vorhanden)

3.6	Bei Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte eine Kopie der Bestallungsurkunde oder des Betreuungsausweises vorlegen oder beifügen.		
3.7	Eheschließung mit der/dem Verstorbenen: (Bitte Heiratsurkunde beifügen)	(Ort, Datum)	
3.8	War die Ehe mit der/dem Verstorbenen geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte gerichtliches Urteil beifügen)	
<b>4</b>	<b>Kinder des(r) Verstorbenen, für die Waisenrente beantragt wird:</b>		
	Name, Vornamen	Geb.-Datum	Angabe, ob leibliches Kind, an Kindes Statt angenommen, Stiefkind, Pflegekind
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	Anschrift (bitte amtliche Meldebestätigung beifügen)		Falls über 18 Jahre: Wird eine Schul-, Berufsausbildung absolviert oder liegt Gebrechlichkeit vor?
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
<b>5</b>	<b>Ansprüche gegen Dritte</b>		
5.1	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
5.2	Haben Sie vom Schädiger Schadenersatzleistungen erhalten?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

<b>6 Sonstige Angaben</b>								
6.1	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							
6.2	Wurde bei Ihnen eine Behinderung/Schwerbehinderung festgestellt?  <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja von (Behörde)   Aktenzeichen							
6.3	Soll die beantragte Leistung aus besonderen Gründen nach Möglichkeit vor der endgültigen Entscheidung vorläufig gewährt werden?  <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja, Gründe							
6.4	Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen überwiesen werden an (Kontoinhaber):  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Konto-Nr.</td> <td style="width: 33%;">Geldinstitut</td> <td style="width: 33%;">Bankleitzahl</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Konto-Nr.	Geldinstitut	Bankleitzahl			
Konto-Nr.	Geldinstitut	Bankleitzahl						
<b>7 Erklärungen</b>								
<p><b>Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.</b></p>								
<p>Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beifügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, wird der Landschaftsverband den Sachverhalt von Amts wegen aufklären.  <b>Ich bin damit einverstanden, dass der Landschaftsverband von den im Antrag genannten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztinnen/Ärzten,</li> <li>• Krankenanstalten/Krankenhäusern,</li> <li>• Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt/Sanatorium),</li> <li>• Trägern der Sozialversicherung,</li> <li>• privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen,</li> <li>• Behörden sowie</li> <li>• Aufgabenträgern, die für Verfahren nach dem SGB IX (Schwerbehindertenrecht) zuständig sind,</li> </ul> <p>die erforderlichen Auskünfte einholt und Unterlagen beizieht, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Einrichtungen erstellt worden sind.  <b>Das gilt ggf. auch für ein Widerspruchsverfahren und für das Regressverfahren gegen den oder die Täter.  Die beteiligten Ärztinnen/Ärzte entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.</b></p>								
<p>Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über die Gesundheit des Verstorbenen, die dem Landschaftsverband mit diesem Verfahren nach dem OEG zugänglich gemacht worden sind, auch vom Landschaftsverband beauftragten Gutachterinnen/Gutachtern zur medizinischen Beurteilung und anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X). Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann.</p>								
<p><b>Dem Antrag füge ich bei:</b></p>  <p><b>Bei der Antragsausfüllung haben mitgewirkt:</b>  (z.B. Therapeut(in), Polizei, Weisser Ring)</p>	<p>Ort</p>  <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><b>Unterschrift</b>  der Antragstellerin/des Antragstellers und/oder des gesetzlichen  oder bestellten Vertreters oder Betreuers</p>	<p>Datum</p>						