

Zutreffendes bitte ankreuzen oder in **Druckschrift** ausfüllen.
Freiwillige Angaben sind mit einem * gekennzeichnet.

Landesamt für soziale Dienste
Schleswig-Holstein
Dienstszitz Lübeck
Große Burgstraße 4
23552 Lübeck

Telefon: 0451 1406-0
Fax: 0451 1406-499

Antrag auf Witwen- oder Waisenversorgung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG)

Verstorbene Person

1	Nachname, Vorname (ggf. Geburtsname)		weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
	Geburtsdatum	Geburtsort	Familienstand
	Sterbetag	Sterbeort, Kreis ▶ <i>Bitte Sterbeurkunde beifügen!</i>	Staatsangehörigkeit
	Letzte Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)		

Antragstellerin/Antragsteller

2	Nachname, Vorname (ggf. Geburtsname)		weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>	
	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
	Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)		Telefon *	
3	<input type="checkbox"/> Witwe/Witwer ▶ <i>Bitte die Heiratsurkunde beifügen!</i> Tag und Ort der Eheschließung: Wurde diese Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶ <i>Ggf. Kopie des Urteils beifügen.</i> Sind Sie nach dem Tod der o.g. Person noch weitere Ehen eingegangen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
	4	<input type="checkbox"/> Waise Kindschaftsverhältnis zur verstorbenen Person (z.B. ehelich, nichtehelich, Stief-, Pflegekind usw.): Gesetzliche Vertretung: Nachname, Vorname ▶ <i>bitte ggf. Betreuungsurkunde vorlegen</i> <input type="checkbox"/> Halbweise, <i>bitte Name und Anschrift des anderen Elternteils angeben:</i> <input type="checkbox"/> Vollweise, ▶ <i>bitte die Sterbeurkunde des anderen Elternteils beifügen!</i>		

Tathergang

5	Tatort (Str., Haus-Nr., PLZ, Ort)		Kreis
	Datum der Tat	Uhrzeit der Tat	
	Schilderung des Tathergangs (<i>ggf. weiteres Blatt benutzen</i>)		
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Strafverfolgung

6	Wurde Strafanzeige erstattet?		
	<input type="checkbox"/> ja	Polizeidienststelle:	
		Anschritt:	
		Datum:	Tagebuch-Nr.:
	<input type="checkbox"/> nein	Bitte begründen Sie, warum keine Strafanzeige erstattet wurde:	
		
		
7	Welche Staatsanwaltschaft ermittelt?		
	Geschäftszeichen der Staatsanwaltschaft		

Schädiger

8	Namen und Anschriften		
		
.....			

Zeugen

9	Namen und Anschriften		
		
.....			

Letzte ärztliche Behandlung der verstorbenen Person

10	von - bis	Name/Anschrift des Arztes oder des Krankenhauses und der Abteilung

Krankenkasse oder Krankenversicherung der verstorbenen Person

11	von - bis	Name/Anschrift der Krankenkasse oder Krankenversicherung

Schadensersatzansprüche

12	Haben Sie oder hatte die verstorbene Person Schadensersatz beim Schädiger oder einer Versicherung geltend gemacht?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name und Geschäftszeichen: Anschrift:	
13	Haben Sie einen Rechtsanwalt mit der Durchsetzung Ihrer Schadensersatzansprüche beauftragt?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name und Geschäftszeichen: Anschrift:	

Andere Ansprüche

14	Wurden oder werden aus Anlaß des Todes bereits laufende oder einmalige Leistungen (z.B. aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, einer privaten Versicherung usw.) gewährt oder sind solche Leistungen beantragt worden?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ► <i>Bitte Nachweis beifügen!</i> Name: Anschrift: Aktenzeichen:	
15	Hat sich die Tat während der Schul- oder Arbeitszeit (einschließlich Hin- und Rückweg) der verstorbenen Person ereignet?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Unfallversicherungsträgers (z.B. Berufsgenossenschaft, Gemeindeunfallversicherungsverband): Name: Anschrift: Aktenzeichen:	
16	Haben Sie bereits einen Anspruch nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen, die es für anwendbar erklären (z.B. OEG - wegen einer anderen Tat -, Soldatenversorgungsgesetz, Infektionsschutzgesetz)?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Behörde: Anschrift: Aktenzeichen:	
17	Haben Sie oder hatte die verstorbene Person wegen dieser Tat bereits einen Antrag nach dem OEG gestellt?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Behörde: Anschrift: Aktenzeichen:	

Bankverbindung

18	Kontoinhaber:	Geldinstitut:
	
	IBAN:	
.....		
BIC:		
.....		

Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz

19 Im Rahmen der Bearbeitung Ihres Antrages ist das Landesamt für soziale Dienste (LAsD) auch auf Ihre Mitwirkung angewiesen, um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten. Der Gesetzgeber hat deshalb in den §§ 60 bis 67 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) Bestimmungen über die **Mitwirkungspflicht** des Leistungsberechtigten festgelegt.

Danach hat derjenige, der Sozialleistungen beantragt oder erhält, u.a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem hat er auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers (hier: LAsD) der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z.B. Krankenkasse, behandelnde Ärzte, Arbeitgeber usw.) zuzustimmen. Sofern Sie Ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen, kann der Leistungsträger die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen. Erforderlich ist dazu ferner, daß die Aufklärung des Sachverhaltes aufgrund der unterbliebenen Mitwirkung erheblich erschwert wird und die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u.a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.

Eine **Übermittlung von Sozialdaten** ist in dem vom Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) abgesteckten Rahmen zulässig. So können die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekanntgewordenen Daten im erforderlichen Umfang an andere Stellen - z.B. an andere Sozialleistungsträger oder an externe ärztliche Gutachter - übermittelt werden (§ 69 Abs. 1 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Sollten Sie mit einer solchen Weitergabe nicht einverstanden sein, können Sie der Übermittlung von Sozialdaten vorab widersprechen. Bitte bedenken Sie dabei, daß ein Widerspruch ggf. auch zur Versagung oder Entziehung von Leistungen beim anderen Sozialleistungsträger führen kann.

Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage im erforderlichen Umfang gespeichert. Die Rechtsgrundlagen zur **Datenerhebung und -speicherung** finden sich in den §§ 67a und 67c SGB X.

Erklärung

20 Ich erkläre, daß die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und sämtliche Angaben richtig und vollständig gemacht worden sind. Ich habe bei keiner anderen Stelle einen Antrag auf Versorgung gestellt.

Mir ist bekannt, daß wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Beträge zurückgezahlt werden müssen.

Entbindung von der Schweigepflicht

21 Ich erkläre mich damit einverstanden, daß vom Landesamt in erforderlichem Umfang Auskünfte von Rechtsanwälten eingeholt werden, die mich im Zusammenhang mit dieser Tat vertreten oder vertreten haben, und entbinde diese insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Im Rahmen der weiteren Sachaufklärung wird voraussichtlich die Einholung medizinischer Auskünfte erforderlich. Dazu benötigt das Landesamt Ihr Einverständnis. Sie werden deshalb gebeten, die beiliegenden Erklärungen ausgefüllt und unterschrieben diesem Antragsvordruck beizufügen.

Unterschrift

22 Ort, Datum

.....

Unterschrift

.....

Anlagen

23 Erklärungs-vordruck
 Sterbeurkunde zu Nr. 1
 Heiratsurkunde zu Nr. 3
 Betreuungsurkunde zu Nr. 4
 Rentenbescheid(e) usw. zu Nr. 14
 Vollmacht

} Diese Urkunden werden nach § 64 SGB X gebührenfrei ausgestellt.

Bitte alle drei Erklärungen ausfüllen und unterschreiben. Dadurch wird das Herstellen von Kopien erspart. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Erklärung

Nachname, Vorname
Straße, Haus-Nr.
Postleitzahl, Ort

Für amtliche Vermerke
Geschäftszeichen

Antrag auf soziale Entschädigung vom

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, daß vom Landesamt in diesem Verwaltungsverfahren Auskünfte aus ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von den Stellen und Ärzten eingeholt werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Landesamt umgehend mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, daß auch Auskünfte aus den Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Insoweit entbinde ich die vom Landesamt ersuchten Ärzte, Krankenanstalten, andere Behandlungsstätten und Behörden von ihrer Schweigepflicht.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses

--

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Erklärung

Nachname, Vorname
Straße, Haus-Nr.
Postleitzahl, Ort

Für amtliche Vermerke
Geschäftszeichen

Antrag auf soziale Entschädigung vom

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, daß vom Landesamt in diesem Verwaltungsverfahren Auskünfte aus ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von den Stellen und Ärzten eingeholt werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Landesamt umgehend mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, daß auch Auskünfte aus den Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Insoweit entbinde ich die vom Landesamt ersuchten Ärzte, Krankenanstalten, andere Behandlungsstätten und Behörden von ihrer Schweigepflicht.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses

--

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Erklärung

Nachname, Vorname
Straße, Haus-Nr.
Postleitzahl, Ort

Für amtliche Vermerke
Geschäftszeichen

Antrag auf soziale Entschädigung vom

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, daß vom Landesamt in diesem Verwaltungsverfahren Auskünfte aus ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von den Stellen und Ärzten eingeholt werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Landesamt umgehend mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, daß auch Auskünfte aus den Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Insoweit entbinde ich die vom Landesamt ersuchten Ärzte, Krankenanstalten, andere Behandlungsstätten und Behörden von ihrer Schweigepflicht.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses

--

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------