

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

Kurzantrag auf Beschädigtenversorgung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG)

Ich bin Opfer eines vorsätzlichen tätlichen Angriffs geworden und beantrage deshalb Versorgung nach dem OEG.

Antragstellerin/Antragsteller

Nachname, Vorname (ggf. Geburtsname)		weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Geburtsort	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	
Anschrift			

Angaben zur Tat

Datum der Tat	Tatort (PLZ Ort)
---------------	------------------

gesetzliche Vertretung *bei Minderjährigen unter 15 Jahre immer ausfüllen*

Nachname, Vorname des 1. Elternteils	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> sorgeberechtigt
Anschrift		
Nachname, Vorname des 2. Elternteils	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> sorgeberechtigt
Anschrift		

nur bei anderer gesetzlicher Vertretung ausfüllen *(Vormundschaft, Pflegschaft, gesetzliche Betreuung)*

andere gesetzliche Vertretung: Nachname, Vorname ► <i>bitte ggf. Bestellungsurkunde vorlegen</i>
Anschrift

Unterschrift(en) *bei Minderjährigen unter 15 Jahren alle Sorgeberechtigten*

Ort, Datum	Ort, Datum	Ort, Datum
Unterschrift Antragsteller/in oder gesetzliche Vertreter/in	Unterschrift 1. Elternteil	Unterschrift 2. Elternteil
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>