



## Antrag auf Leistungen für Gewaltopfer nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV)

Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung  
Baedekerstr. 2-20  
56073 Koblenz

|                                                                                                                                                                                                                                  |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>I. Personalien</b>                                                                                                                                                                                                            |                                      |
| Name, Vorname:                                                                                                                                                                                                                   | Geburtsdatum:                        |
| Anschrift<br>(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort):                                                                                                                                                                        |                                      |
| Ausgeübter Beruf:                                                                                                                                                                                                                |                                      |
| Telefonnummer (freiwillige Angabe):                                                                                                                                                                                              | E-Mail Adresse (freiwillige Angabe): |
| <b>Familienstand</b><br><input type="checkbox"/> ledig<br><input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden<br>seit _____ |                                      |

|                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>II. Gesetzliche/r Vertreter/in oder Bevollmächtigte/r oder Betreuer/in</b>                                                                                                            |
| Name, Vorname:                                                                                                                                                                           |
| Anschrift<br>(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort):                                                                                                                                |
| Eine Kopie der Bestellsurkunde, ein Nachweis zur Betreuung oder eine unterschriebene Vollmacht<br><input type="checkbox"/> sind beigelegt. <input type="checkbox"/> werden nachgereicht. |

### III. Angaben zur Gewalttat

**Tatzeit/Tatzeitraum** (soweit möglich inkl. der nachfolgenden Angaben):

Uhrzeit

Tag

Monat

Jahr

**Tatort** (soweit möglich mit Ortsbeschreibung, z. B: Ort, Straße, Hausnummer, Wohnung):

Ist die Tat während Ihrer Berufsausübung, des Schulbesuchs, des Studiums oder des Besuchs einer Betreuungseinrichtung passiert oder auf dem Weg dorthin bzw. auf dem Rückweg?

☐ Nein.

☐ Ja, und zwar:

☐ Arbeitsplatz ☐ Schule ☐ Studium ☐ Ausbildung ☐ Betreuungseinrichtung

☐ Weg zum/vom Arbeitsplatz ☐ Weg zur/von Schule ☐ Weg zum/vom Studium

☐ Weg zur/von Ausbildung ☐ Weg zur/von Betreuungseinrichtung

Falls die vorherige Frage mit JA beantwortet wurde: Geben Sie bitte den Namen und die Anschrift Ihres Arbeitgebers/Ihrer Ausbildungseinrichtung/Ihrer zuständigen Berufsgenossenschaft/Unfallkasse an:

Name:

Anschrift

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):

Ist eine Strafanzeige erstattet worden?

☐ Ja, bei folgender Polizeidienststelle \_\_\_\_\_ am (Datum) \_\_\_\_\_  
unter folgendem Aktenzeichen \_\_\_\_\_.

☐ Nein, weil

**Daten des Täters/der Täterin (soweit bekannt)**

Name, Vorname:

Anschrift

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):

**Weitere Tatbeteiligte**

Name, Vorname:

Name, Vorname:

**Tatzeuginnen/Tatzeugen**

Name, Vorname:

Name, Vorname:

Hat ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren/ gerichtliches Verfahren stattgefunden?

☐ Ja, bei folgender Staatsanwaltschaft \_\_\_\_\_ unter folgendem Aktenzeichen \_\_\_\_\_.

☐ Nein.

**Tathergang**

Bitte schildern Sie den wesentlichen Ablauf der Gewalttat. Stattdessen können Sie auch eine Kopie des Strafantrags und/oder des Polizeiprotokolls beifügen.

☐ Ich kann hierzu zur Zeit keine Angaben machen.

#### IV. Angaben zu Gesundheitsstörungen/Schädigungen

Zu welchen körperlichen und/oder seelischen Gesundheitsstörungen hat die Gewalttat geführt?

Liegen diese heute noch vor?

☐ Ja, folgende Gesundheitsstörungen liegen heute noch vor:

☐ Nein.

Sind Sie krankenversichert?

☐ Ja: ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ beihilfeberechtigt  
bei folgender Krankenkasse \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

☐ Nein.

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

☐ Ja, folgendes Hilfsmittel \_\_\_\_\_.

☐ Nein.

#### V. Angaben zu ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlungen

| von | bis | Bitte Bezeichnung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin, des Krankenhauses, der Station sowie deren Anschrift | in Behandlung wegen (Krankheitsbezeichnung) |
|-----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|     |     |                                                                                                                         |                                             |
|     |     |                                                                                                                         |                                             |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Haben geltend gemachte Gesundheitsstörungen/Schädigungen bereits vor der Gewalttat bestanden?

☐ Ja, und zwar folgende \_\_\_\_\_.

☐ Nein.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>VI. Sonstige Ansprüche und Leistungen</b><br>Bitte machen Sie hierzu auch Angaben, auch wenn über Ihren bisherigen Antrag nicht abschließend entschieden wurde.                                                                                                                                                                                                                        |
| Beruf/Tätigkeit/Studium/Schule vor der Gewalttat:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Beziehen Sie <b>Leistungen von der Agentur für Arbeit</b> ?<br><input type="checkbox"/> Nein. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja.</span><br>Wenn ja, wurde eine Untersuchung durchgeführt?<br><input type="checkbox"/> Nein. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja.</span><br>Bitte Name/Anschrift/Aktenzeichen der Arbeitsagentur angeben:        |
| Beziehen Sie eine <b>Unfallrente</b> ?<br><input type="checkbox"/> Nein. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja.</span><br>Wenn ja, wurde eine Untersuchung durchgeführt?<br><input type="checkbox"/> Nein. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja.</span><br>Bitte Name/Anschrift/Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers angeben:                 |
| Erhalten Sie <b>Rente wegen Erwerbsminderung</b> aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt?<br><input type="checkbox"/> Nein. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja.</span><br>Wenn ja, wurde eine Untersuchung durchgeführt?<br><input type="checkbox"/> Nein. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja.</span> |

Bitte Name/Anschrift/Aktenzeichen des Rentenversicherungsträgers angeben:

Ich erhalte eine Rente ab \_\_\_\_\_.

Haben Sie bei der **Pflegekasse Leistungen der Pflegeversicherung** beantragt?

☐ Nein.

☐ Ja.

Wenn ja, bitte Name/Anschrift/Aktenzeichen der Pflegekasse angeben:

☐ Der Antrag wurde abgelehnt.

☐ Der Antrag wurde bewilligt. Ich bin in Pflegegrad \_\_\_\_\_ (Stufenzahl bitte angeben) eingestuft. Eine Kopie des Bescheides und falls vorhanden des Pflegegutachtens

☐ habe ich beigelegt.

☐ werde ich nachreichen.

☐ Über den Antrag wurde noch nicht entschieden.

Untersuchung fand statt/ist vorgesehen für \_\_\_\_\_.

Sind **Behinderungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Schwerbehindertenrecht** – festgestellt worden oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ Nein.

☐ Ja.

Wenn ja, bitte die Behörde und das Geschäftszeichen angeben:

Haben Sie einen Leistungsanspruch gegenüber Dritten?

☐ Ja, gegenüber \_\_\_\_\_.

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ Nein.

**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.**

Als weitere Unterlagen füge ich bei:

---

---

---

---

Mir ist bekannt, dass das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung grundsätzlich verpflichtet ist, Schadensersatzansprüche gegen den Täter/die Täterin geltend zu machen (§ 120 SGB XIV). Daher muss das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung den Täter/die Täterin frühzeitig über meine Antragstellung informieren. Sollte ich dies nicht wünschen, werde ich auf dem anliegenden Zusatzblatt die Gründe hierfür darstellen. Das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung wird dann prüfen, ob erhebliche Nachteile für mich zu befürchten sind und daher auf die Geltendmachung der Schadensersatzansprüche ausnahmsweise verzichtet werden kann.

Meine Schadensersatzansprüche gegen den Täter/die Täterin – mit Ausnahme von Ansprüchen auf Schmerzensgeld – gehen kraft Gesetz auf das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung über. Daher darf ich hierzu keine Vereinbarungen (z. B. Vergleiche) mit dem Täter/der Täterin oder deren Versicherungen schließen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der antragstellenden Person oder  
der zur Vertretung berechtigten Person.  
Berechtigung bitte ggf. nachweisen.

## Einverständniserklärung

Soweit ich keine für die Anspruchsprüfung erforderlichen Unterlagen beifüge, wird die zuständige Behörde den Sachverhalt von Amts wegen aufklären.

Ich erkläre mich daher insbesondere mit der Beiziehung folgender Unterlagen einverstanden:

Polizeiliche Ermittlungsunterlagen, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Jugendamtsakten, erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Therapieberichte, Entlassungsberichte, Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung, Krankenunterlagen und Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Krankenanstalten, Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind, allerdings nur in dem Umfang, wie sie Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände geben können.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verfahren, für ein sich gegebenenfalls anschließendes Überprüfungs- und Widerspruchsverfahren sowie für das Verfahren zur Durchsetzung der auf das Land übergegangenen Schadensersatzansprüche. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich entbinde die behandelnden und beteiligten Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen und Therapeutinnen/Therapeuten insoweit von ihrer Schweigepflicht:

☐ Ja.

☐ Nein.

☐ Von dieser Schweigepflichtentbindungserklärung schließe ich ausdrücklich aus:

---

---

---

---

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der antragstellenden Person oder  
der zur Vertretung berechtigten Person.  
Berechtigung bitte ggf. nachweisen.



## **Merkblatt zum Datenschutz gem. Artikel 12 der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO)**

Für die Bearbeitung Ihres Antrages auf Leistungen nach dem SGB XIV erhebt das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung persönliche Daten und Gesundheitsdaten.

Ihre Daten werden soweit erhoben, wie dies für die Durchführung der Aufgabe des Sozialen Entschädigungsrechts erforderlich ist. Diese Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchst. A, Art. 9 Abs. 1 Buchst. A EU-DSGVO in Verbindung mit §§ 67a, 67 b SGB X verarbeitet.

Sofern dies in Abhängigkeit von der von Ihnen beantragten Leistung erforderlich ist, werden zur Sachverhaltsaufklärung auch Daten insbesondere von Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungen, Jugendämtern, der Agentur für Arbeit, dem Jobcenter, von Integrationsfachdiensten, der Staatsanwaltschaft, Gerichten, behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Krankenhäusern sowie von Behörden, die über die Feststellung einer Behinderung nach § 152 SGB IX entscheiden, erhoben und verarbeitet.

Auf Grundlage des § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 und § 78 SGB X können auch Daten von Ihnen an andere Stellen weitergegeben werden. Eine Weitergabe dieser Daten erfolgt selbstverständlich nur insofern dies für die Aufgabenerfüllung des SGB XIV notwendig ist.

Ihre Daten werden seitens des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gemäß § 67 c Abs. 1 SGB X für die jeweilige Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung ist jedoch verpflichtet, Ihre für eine etwaige Leistungsgewährung erforderlichen Daten als zahlungsbegründende Information zehn Jahre ab Beginn der Leistungsgewährung aufzuheben.