

# Antrag auf Leistungen für Gewaltopfer

## nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV)

An den  
Landschaftsverband Rheinland  
Fachbereich Soziale Entschädigung  
50663 Köln

Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde

### I Angaben zur Person

Frau     Herr     Divers

**1. Name, Vorname**

Geburtsname oder früherer Name

**2. Geburtsdatum**

Geburtsort

Staatsangehörigkeit    deutsch

andere

**3. Freiwillige Angaben | Telefonnummer**

E-Mail-Adresse

**4. Familienstand**

ledig     verheiratet     geschieden     verwitwet

getrennt lebend     in Lebenspartnerschaft lebend     Lebenspartnerschaft aufgehoben

seit (Datum)

Anzahl der Kinder

**5. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt**

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

**6. Gesetzliche/r Vertreter\*in** ODER **Bevollmächtigte\*r** ODER **Betreuer\*in**

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Bitte fügen Sie eine Kopie der Bestellsurkunde, einen Nachweis zur Betreuung oder eine unterschriebene Vollmacht bei.

## II Angaben zur Gewalttat\*

**7. Tatzeit/Tatzeitraum** (so weit wie möglich Uhrzeit, Tag, Monat, Jahr)

**8. Tatort** (soweit wie möglich: Ortbeschreibung, z. B. Ort, Straße, Hausnummer, Wohnung)

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

nein

ja

Arbeitsplatz

Weg zum/vom Arbeitsplatz

Schule/Ausbildungs-/Betreuungseinrichtung

Weg zu/von Schule/Ausbildungs-/Betreuungseinrichtung

Bitte geben Sie Name und Anschrift Ihres Arbeitsgebers/Ihrer Ausbildungseinrichtung/Ihrer zuständigen Berufsgenossenschaft/Unfallkasse an:

Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Sonstiger Tatort

**9. Ist eine Strafanzeige erstattet worden?**

ja  bei Polizeidienststelle  am (Datum)  Aktenzeichen

nein  Gründe (bitte erläutern)\*\*

ich mache von meinem gesetzlichen Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch

ich mache keinen Gebrauch von meinem Zeugnisverweigerungsrecht

**10. Daten des Täters/der Täterin (soweit bekannt)\***

Name, Vorname

Straße und Hausnummer  Postleitzahl  Ort

Weitere Tatbeteiligte\*

Tatzeugen\*

**11. Hat ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren/gerichtliches Verfahren stattgefunden?**

ja  Aktenzeichen  bei Staatsanwaltschaft

nein

**12. Tathergang** (Bitte schildern Sie den wesentlichen Ablauf der Gewalttat; stattdessen können Sie auch eine Kopie des Strafantrags und/oder des Polizeiprotokolls beifügen)\*

ich kann zur Zeit keine Angaben machen

### III Angaben zu Gesundheitsstörungen/Schädigungen

13. Zu welchen körperlichen und/oder seelischen Gesundheitsstörungen hat die Gewalttat geführt?\*

14. Liegen diese heute noch vor?

ja  welche?\*

nein

15. Sind Sie krankenversichert?

ja  gesetzlich  privat  beihilfeberechtigt

Derzeitige Krankenkasse

Mitglied seit

Gegebenenfalls frühere Krankenkasse

nein

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

ja  welche?\*

nein

17. **Nur in Ausnahmefällen** Möchten Sie bereits vor der Entscheidung über diesen Antrag vorzeitige Leistungen der Krankenbehandlung erhalten (z. B. wenn Sie nicht krankenversichert sind oder die begehrte Maßnahme nicht von Ihrer Versicherung übernommen wird)?

ja  Begründung:\*

nein

### IV Angaben zu ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlungen

18. Mussten Sie in stationäre Behandlung wegen der Folgen der Gewalttat?\*

vom [Datum]

bis [Datum]

Name, Anschrift des Krankenhauses und/oder der Reha-Einrichtung

Name

Abteilung/Station

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

**19. Mussten Sie in ambulante Behandlung wegen der Folgen der Gewalttat?\***

vom (Datum)

bis (Datum)

Name, Anschrift der behandelnden Ärztin/des Arztes oder des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin

Name | Gegebenenfalls die Fachrichtung

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

**20. Welche der unter Ziffer III geltend gemachten Gesundheitsstörungen/Schädigungen haben bereits vor der Gewalttat bestanden (ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung)?\***

keine

folgende:\*

Name, Anschrift der behandelnden Ärztin/des Arztes oder des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin

Name | Gegebenenfalls die Fachrichtung

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Behandlung von (Datum)

bis (Datum)

Wegen welcher gesundheitlicher Krankheiten/Schäden/Störungen?\*

## V Angaben zur beruflichen Situation

**21. Beruf/Tätigkeit, ggf. Studium vor der Gewalttat:**

**22. Sind Sie bzw. fühlen Sie sich durch die Folgen der Gewalttat in Ihrer Berufsausübung beeinträchtigt?**

nein

ja In welcher Form? (bitte begründen)\*\*

## VI Sonstige Angaben

### 23. Haben Sie wegen der Folgen der Gewalttat Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten?

nein

ja

wem gegenüber?

Unfallversicherung  
(z. B. Berufsgenossenschaft,  
private Unfallversicherung)

Krankenversicherung

gesetzlicher Rentenversicherung

dem Täter/der Täterin  
(Schadensersatz/Schmerzensgeld)

sonstigen Leistungsträgern

ausländischen Entschädigungssystemen

### 24. Falls Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten besteht: Haben Sie diese Ansprüche bereits geltend gemacht?

Bitte fügen Sie gegebenenfalls Belege bei.

ja gegenüber

Name des Leistungsträgers oder des Gerichts

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

nein bitte begründen\*

### 25. Beziehen Sie bereits Leistungen nach dem SGB XIV, Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz, Häftlingshilfegesetz, Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz, Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz?

ja Name der zuständigen Behörde

Aktenzeichen

nein

### 26. Liegt eine anerkannte Behinderung vor?

ja Name der zuständigen Behörde

Aktenzeichen

nein

### 27. Bei der Antragstellung hat mich unterstützt (z. B. Opferhilfeorganisation, Polizei, Psychotherapeut/in):

### 28. Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:

29. Ich bitte um eine Beratung durch das Fallmanagement

ja  nein

30. Falls es zu einer Geldleistung kommt, soll diese auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaberin/Kontoinhaber

Bank/Geldinstitut

BIC

IBAN

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Versorgung nach dem Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch gestellt habe. Das Merkblatt zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters/der Vertreterin oder des Betreuers/der Betreuerin

Ich habe Kenntnis, dass die Behörde gemäß § 120 SGB XIV in Verbindung mit § 116 SGB X grundsätzlich verpflichtet ist, Schadensersatzansprüche gegen den oder die Täter/in/nen geltend zu machen. In diesem Zusammenhang muss sie den/die Täter/in/nen frühzeitig von meiner Antragstellung in Kenntnis setzen. Sollte ich dies nicht wünschen, werde ich auf dem anliegenden Zusatzblatt die Gründe darstellen. Die Behörde wird dann prüfen, ob erhebliche Nachteile für mich zu befürchten sind und deshalb auf Schadensersatzansprüche verzichtet werden kann.

Bei Minderjährigen kann die Gefährdung des Kindeswohls einen entsprechenden Grund bedeuten; meine Schadensersatzansprüche gegen den/die Täter/in/nen mit Ausnahme von Schmerzensgeldansprüchen kraft Gesetz auf die zuständige Behörde übergehen und ich daher keine Vereinbarungen hierzu (z. B. Vergleiche) mit dem Täter/der Täterin/den Tätern/Täterinnen oder deren Versicherungen treffen darf.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Behörde mit diesem Verfahren nach dem SGB XIV zugänglich gemacht worden sind, erfasst und gespeichert werden (§ 67c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB X) und den Gutachterinnen und Gutachtern, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen Begutachtung beauftragt worden sind, den Hauptfürsorgestellten, den anderen Sozialleistungsträgern für deren eigene gesetzliche soziale Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 35 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).

## 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, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärzten/Ärztinnen, Psychologen/Psychologinnen, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden – auch soweit sie von anderen Ärzten/Ärztinnen 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 Verwaltungsverfahren, für ein sich ggf. anschließendes Überprüfungs-/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 Ärzte/Ärztinnen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

ja  nein

von dieser Einverständniserklärung schließe ich ausdrücklich aus:  
– bitte Arzt/Ärztin, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen –

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters/der Vertreterin oder des Betreuers/der Betreuerin

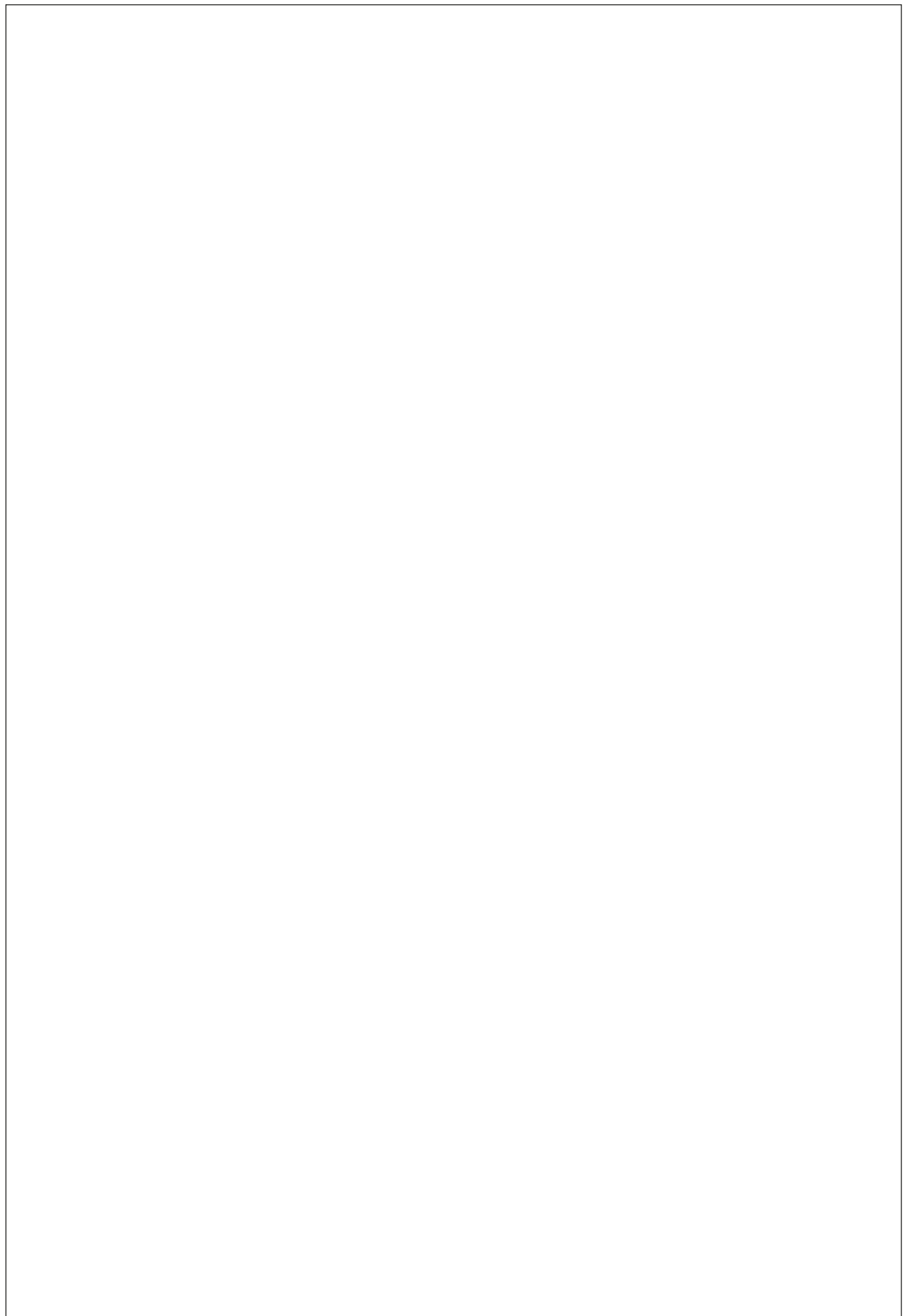
- \* Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.
- \*\* Nach dem SGB XIV sind Sie verpflichtet, das Ihnen Mögliche und Zumutbare zur Sachverhaltsaufklärung und Verfolgung des Täters/der Täterin beizutragen. Dazu gehört grundsätzlich die Erstattung einer Strafanzeige. Gemäß § 52 der Strafprozessordnung besteht ein gesetzliches Zeugnisverweigerungsrecht für Verlobte, Ehegatten und Lebenspartner des Beschuldigten, auch wenn die Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht sowie mit dem Beschuldigten in gerader Linie verwandte oder verschwägte Personen (z. B. Eltern, Großeltern), bzw. in der Seitenlinie bis zum dritten Grad verwandte oder bis zum zweiten Grad verschwägte Personen (z. B. Geschwister, Onkel, Tante).

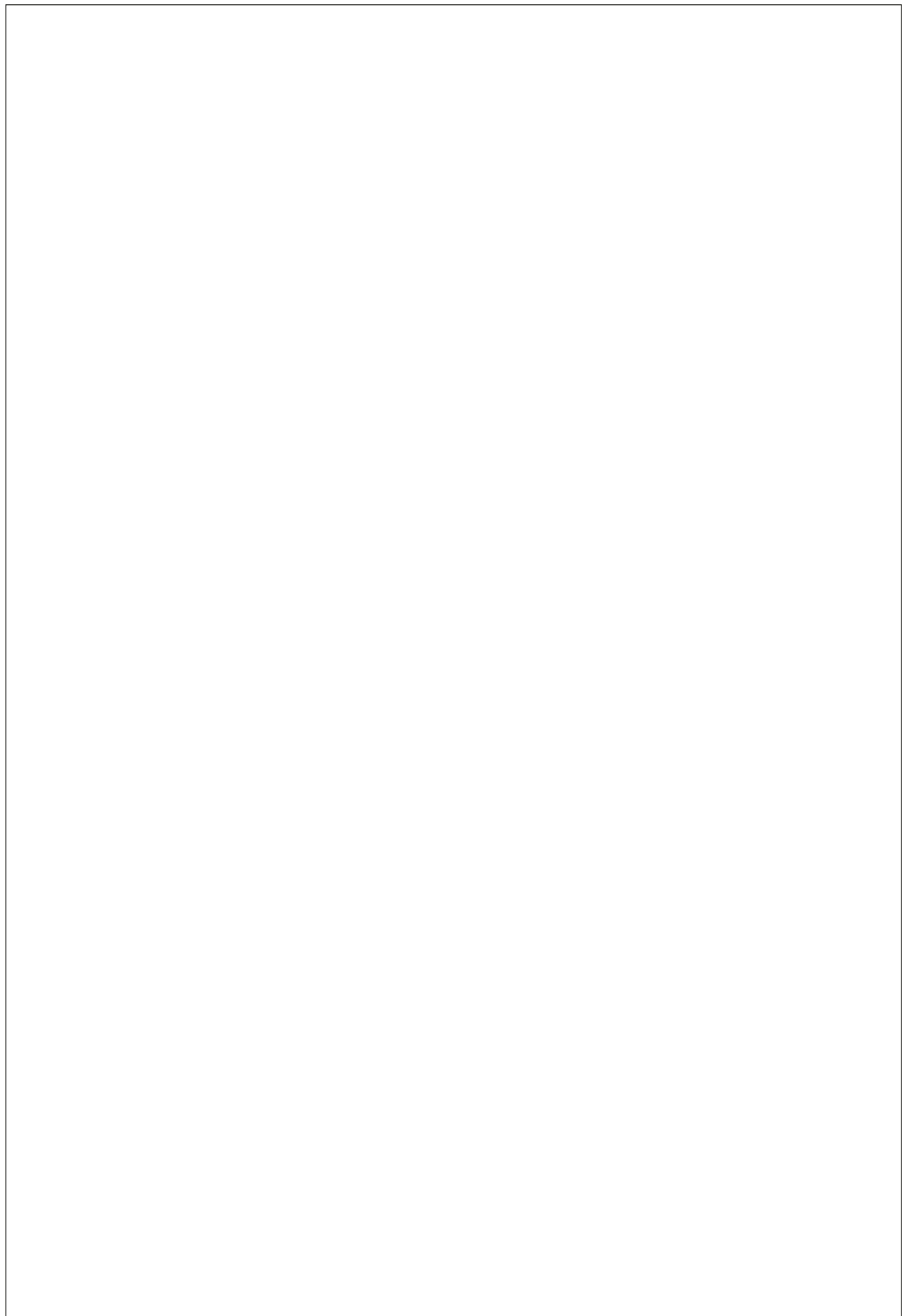
---

## Zusatzblatt

Bitte beschriften Sie Ihre Erläuterungen und machen kenntlich zu welcher Frage sie gehört (z. B. „zu Nr. 24“)







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

Für Antragsverfahren nach dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (SGB XIV), hier insgesamt als "Soziales Entschädigungsrecht" (SER) bezeichnet.

## Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit

Für die Bearbeitung Ihres Antrages auf Leistungen nach dem SGB XIV erheben wir persönliche Daten und ggfs. Gesundheitsdaten von Ihnen und beteiligten Angehörigen.

## Kontaktdaten des Verantwortlichen

Wenn Sie hierzu Fragen haben, können Sie sich an folgende Stellen wenden:

Landschaftsverband Rheinland  
Fachbereich Soziale Entschädigung  
Deutzer Freiheit 77-79  
50673 Köln  
0221/809-5401  
[soziale-entschaedigung@lvr.de](mailto:soziale-entschaedigung@lvr.de)

## Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Landschaftsverband Rheinland  
Datenschutzbeauftragter  
50663 Köln  
[datenschutzbeauftragter@lvr.de](mailto:datenschutzbeauftragter@lvr.de)  
0221/809-2550

Ihre Daten werden erhoben soweit dies für die Durchführung der Aufgabe des Sozialen Entschädigungsrechts erforderlich ist.

## Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchst. a, Art. 9 Abs. 1 Buchst. a EU-DSGVO in Verbindung mit §§ 67a, 67b SGB X verarbeitet.

## Kategorien der personenbezogenen Daten, die verarbeitet werden

Es werden folgende personenbezogene Daten von Ihnen verarbeitet:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, Staatsangehörigkeit, Geschlecht, Familienstand, Erwerbstätigkeit, gesetzliche Vertretung, Bevollmächtigte/r, Bankdaten (IBAN).

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, Agentur für Arbeit, Jobcenter, Integrationsfachdiensten, Staatsanwaltschaften, Gerichten, Behörden die über die Feststellung einer Behinderung nach § 152 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch entscheiden, behandelnden Ärzten und Krankenhäusern erhoben und verarbeitet.

## Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden weitergegeben – sofern dies notwendig ist – insbesondere an:

- » beauftragte Stellen innerhalb des LVR (technischer Fachdienst, medizinisch-psychosozialer Fachdienst, Fallmanager/innen des Dezernates) im Rahmen von erforderlichen fachbezogenen Stellungnahmen
- » extern beauftragte Gutachter/Gutachterinnen zur medizinischen Beurteilung
- » andere Sozialleistungsträger für deren gesetzlichen Aufgaben
- » Gerichte der Zivil- oder Verwaltungsgerichtsbarkeit im Falle eines Streitverfahrens
- » Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) im Rahmen von Meldepflichten nach dem Einkommensteuergesetz

auf der rechtlichen Grundlage des § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 und § 78 SGB X.

Ihre personenbezogenen Daten werden nicht an einen Empfänger außerhalb der Europäischen Union und auch nicht an eine internationale Organisation weitergegeben.

### **Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten**

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gemäß § 67c Abs. 1 SGB X für die jeweilige Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Der Landschaftsverband Rheinland ist verpflichtet, Ihre für die Leistungsgewährung erforderlichen Daten als zahlungsbegründende Informationen 10 Jahre ab Beginn der jeweiligen Leistungsgewährung vorzuhalten.

Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt (Art. 7 EU-DSGVO/ § 67b Abs.2 SGB X).

### **Betroffenenrechte**

Nach der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 EU-DSGVO /§ 83 SGB X). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 EU-DSGVO).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 EU-DSGVO/ § 84 SGB X).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 EU-DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Landschaftsverband Rheinland, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht (Art. 77 Abs. 1 EU-DSGVO) bei der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW.

### **Kontakt**

Postfach 20 04 44  
40102 Düsseldorf  
Tel.: 0211/38424-0  
Fax: 0211/38424-10  
E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)  
Internet: [www.lds.nrw.de](http://www.lds.nrw.de)

### **Widerrufsrecht bei Einwilligung**

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Landschaftsverband Rheinland durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten