An das **Landratsamt Ludwigsburg** **Postfach 760** **71607 Ludwigsburg**	Eingangsstempel	Aktenzeichen / **OEG - B**

ANTRAG

auf Gewährung von **Beschädigtenversorgung** nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)

1.	Familienname, Vorname (ggf. Geburtsname)	
2.	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich	Geburtsdatum
3.	Geburtsort , Kreis, Land	
4.	Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) Telefon (tagsüber erreichbar / Mobiltelefon)	
5.	Staatsangehörigkeit(en) - Herkunftsland	☐ deutsch ☐ sonstiger Ausländer (vgl. Nr. 21) ☐ EG-Angehöriger ☐ staatenlos
6.	Beruf	a) vor Eintritt der Schädigung: b) nach Eintritt der Schädigung:
7.	Familienstand a) Name des Ehegatten b) Namen der Kinder (mit Geburtstagen)	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden Vor- und Zuname Geburtsname Geburtsdatum 1. 2. 3. 4.

8.	**Wegen welcher Gesundheitsstörungen wird Versorgungsantrag gestellt?**

9. **Auf welches schädigende Ereignis werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt?**		
Zeitpunkt (Datum, Uhrzeit)	Ort, Land	Ursache der Gesundheitsstörung

9. a)	**Wurde das schädigende Ereignis einer Polizeidienststelle angezeigt?**	☐ Ja	☐ Nein	
	Wenn ja, welcher:			
	Tagebuch-Nummer der Anzeige:			
9. b)	**Haben Sie Strafantrag gestellt?**	☐ Ja	☐ Nein	
	Wurde kein Strafantrag gestellt, benennen Sie bitte die hierfür maßgeblichen Gründe:		***)**	

***)Bitte Hinweis auf Seite 4 beachten!**

- Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass ggf. vorhandene Ermittlungsakten von Polizei und Staatsanwaltschaft sowie Gerichtsakten, soweit sie zur versorgungsrechtlichen Bewertung der Anspruchsvoraussetzungen nach dem OEG notwendig sind, vom Landratsamt beigezogen werden.

- Wenn Sie Strafantrag gestellt haben entfällt die Beantwortung der Fragen 9. c) bis 9. f)
➡ **bitte weiter bei Frage 10. a)**

9. c)	**Wie hat sich das schädigende Ereignis zugetragen?** Ggf. ausführliche Schilderung auf Beiblatt anfügen.
9. d)	**Benennen Sie bitte mögliche Zeugen mit Namen und Anschrift und fügen Sie vorhandene Nachweise bei.**

9. e) **Name(n) der schädigenden Person(en) - falls bekannt -** .

Nr.	Name, Vorname	Straße, PLZ, Wohnort
1.		
2.		
3.		

9. f) **Sind Sie mit den unter 9. e) genannten Personen verwandt oder verschwägert**.

Nr.	Ja	Nein	Wenn ja, bitte erläutern
1.	☐	☐	
2.	☐	☐	
3.	☐	☐	

	Ja	Nein
10.a) **Hat der Schädiger seine Schadensersatzpflicht schriftlich anerkannt?**	☐	☐
10.b) **Hat der Schädiger bereits Ersatz geleistet?**	☐	☐

11. **In welchen Krankenhäusern, Sanatorien usw. wurden Sie wegen der unter Nr. 8 aufgeführten Gesundheitsstörungen stationär behandelt?**

von	bis	Ort	Bezeichnung des Krankenhauses oder dergl. (genaue Anschrift)

12. **Ambulante ärztliche Behandlungen wegen der unter Nr. 8 genannten Gesundheitsstörungen:**

von	bis	Krankheit	behandelnder Arzt mit Anschrift	arbeitsunfähig von	arbeitsunfähig bis	Von welcher Krankenkasse wurden die Behandlungskosten getragen?

	Ja	Nein
13. **Bestanden (andere) Gesundheitsstörungen schon vor Eintritt der Schädigung?**	☐	☐
Wenn ja, welche?		

14. **Welchen Krankenkassen haben Sie vor Eintritt der Schädigung angehört?**

von	bis	Anschrift der Krankenkasse	Arbeitgeber

15. **Welchen Krankenkassen gehörten bzw. gehören Sie seit Eintritt der Schädigung bis heute an?**			
von	bis	Anschrift der Krankenkasse	Arbeitgeber

16. **Haben Sie die unter Nr. 8 angegebenen Gesundheitsstörungen bei einer anderen Behörde (z. B. einer Berufsgenossenschaft) als Folgen eines Arbeitsunfalls bzw. eines Dienstunfalls geltend gemacht? Wenn ja, geben Sie bitte hier die Anschrift der Behörde und das Aktenzeichen an.**

17. **Ist schon früher (ggf. auch im Ausland) ein Entschädigungsanspruch wegen dieser Schädigung erhoben worden, ggf. wann, bei welcher Stelle und mit welchem Ergebnis?**

18. Antrag auf Gewährung von Beschädigten-, Hinterbliebenen-Versorgung (für Witwen-Witwer-Waisen-Eltern) nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder einem Gesetz, das das BVG für anwendbar erklärt (z.B. Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG), Häftlingshilfegesetz (HHG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG), Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)) habe ich - nicht - gestellt
nach dem/der verstorbenen geb. am beim Versorgungsamt/Landratsamt ; ich beziehe seit dem Beschädigten-, Witwen-, Witwer-, Waisen-, Eltern-Rente-Beihilfe unter dem Rentenzeichen .

19. Antrag auf Feststellung einer Behinderung nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) habe ich - nicht – gestellt - am beim Versorgungsamt/Landratsamt
unter dem Aktenzeichen .

20. Freiwillige Angaben: Die Versorgungsbezüge sollen überwiesen werden an
Geldinstitut (Bezeichnung mit Ortsangabe):
Konto-Nr.:
Bankleitzahl:

21. **Sonstige Ausländer**

- Wann haben Sie erstmals in der Bundesrepublik Deutschland Ihren Wohnsitz genommen?
- Befinden Sie sich seit diesem Zeitpunkt ununterbrochen in der Bundesrepublik Deutschland?
- Welchen Aufenthaltsstatus besitzen Sie derzeit (bitte entsprechenden Nachweis beifügen)?
- Bei welcher Ausländerbehörde und unter welchem Aktenzeichen werden Sie geführt?

22. **Erklärung**

22.1 Ich erkläre, dass vorstehende Angaben den Tatsachen entsprechen und kein gleichartiger Antrag bei einer anderen Behörde gestellt wurde. Es ist mir bekannt, dass falsche oder irreführende Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Versorgungsleistungen zurückerstattet werden müssen. Soweit Änderungen in den angegebenen Verhältnissen eintreten, werde ich diese dem Versorgungsamt/Landratsamt unverzüglich anzeigen, auch wenn über den Antrag noch nicht entschieden ist.

☐ **Ja** ☐ **Nein**

22.2 Ich bin damit einverstanden, dass das Landratsamt von folgenden	
- Ärzten	**wegen der Gesundheitsstörungen unter Nr. 11-13**
- Krankenhäusern/Kuranstalten/Heilstätten	**wegen der Gesundheitsstörungen unter Nr. 11-13**
Befundberichte, Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder beizieht, sofern und soweit die beigefügten Unterlagen nicht ausreichend sind. **Ich entbinde diese Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht**.	

22.3 Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Landratsamt von folgenden Trägern der Sozialversicherung und anderen Stellen (Nr. 14-19)
Aktenvorgänge einschließlich Untersuchungsunterlagen beizieht. **Die in diesen Verfahren beteiligten Ärzte entbinde ich insoweit ebenfalls ausdrücklich von der Schweigepflicht.** Als Unterlagen sind beigefügt (**alle Angaben sind möglichst zu belegen**, z.B. durch Krankenpapiere, frühere Rentenbescheide, Zeugenaussagen, Aufenthaltsbescheinigung usw.):

Ort, Datum , den	Eigenhändige Unterschrift – Vor- und Zuname – des Antragstellers
Bei Minderjährigen: Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters/Vormundes: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/Vormundes	

Hinweis für den Antragsteller:
Nach § 2 Absatz 2 OEG können Leistungen versagt werden, wenn der Geschädigte es unterlassen hat, das ihm Mögliche zur Aufklärung des Sachverhaltes und zur Verfolgung des Täters beizutragen, insbesondere unverzüglich Anzeige bei einer für die Strafverfolgung zuständigen Behörde zu erstatten.

Anlage: Wichtige Hinweise zur Datenerhebung

Hinweis für amtliche Stellen, Träger der Sozialversicherung, amtliche Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland:

Geht dieser Antrag (statt beim Landratsamt) bei einer anderen amtlichen Stelle ein, wird gebeten, ihn mit **Eingangsstempel** oder **–vermerk** zu versehen. Über mündlich gestellte Anträge ist **stets** eine Niederschrift zu fertigen. Die Anträge sind in solchen Fällen unter Benachrichtigung des Antragstellers unverzüglich dem zuständigen Versorgungsamt/Landratsamt abzugeben (§ 16 SGB I).