

**Antrag auf Leistungen für Entschädigungsberechtigte
nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung (SGB XIV)**

Gewalttaten §§ 13, 14 SGB XIV

Hier bitte Name / Adresse der Versorgungsbehörde eintragen Landratsamt Böblingen Versorgungsamt in Stuttgart - SER Fritz-Elsas-Str. 30 70174 Stuttgart	Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde
--	---

Art des Antrags

<input type="checkbox"/> Erstantrag als geschädigte Person <input type="checkbox"/> Erstantrag als hinterbliebene Person <input type="checkbox"/> Erstantrag als angehörige oder nahestehende Person <input type="checkbox"/> Änderungsantrag
--

Beantragende Person

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers	<input type="checkbox"/> Ich für mich selbst oder für uns <input type="checkbox"/> Ich für mein Kind <input type="checkbox"/> Ich als gerichtliche Betreuung für meine betreute Person <input type="checkbox"/> Ich als Bevollmächtigte/r für die durch mich vertretene Person <input type="checkbox"/> Sonstige
---	--

Angaben zur antragstellenden Person

Doktorgrade	Familiennamen	Vornamen		
Geburtsdatum		Geburtsort		
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers				
Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland				
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz				
Postfach		Postleitzahl	Ort	
Auslandsanschrift			Staat	
Telefonnummer			E-Mail-Adresse	

Angaben zur Betreuungsperson oder Bevollmächtigten

Familiennamen	Vornamen
Name des Unternehmens, Vereins, oder einer sonstigen Organisation	
Beziehung zur antragstellenden Person	

Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl	Ort	
Auslandsanschrift			Staat
Telefonnummer		E-Mail-Adresse	

Angaben zur verstorbenen Person (nur als hinterbliebene Person auszufüllen)

Familiename		Geburtsname	
Vornamen			
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		
Letzter Wohnsitz/gewöhnlicher Aufenthalt <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl	Ort	
Auslandsanschrift			Staat
Staatsangehörigkeit			
Sterbedatum	Sterbeort		
Todesursache			
Hat die verstorbene Person vor ihrem Tod soziale Entschädigungsleistungen bezogen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Verhältnis zur verstorbenen Person	<input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerverhältnis <input type="checkbox"/> Kindschaftsverhältnis <input type="checkbox"/> Elternschaftsverhältnis <input type="checkbox"/> Sonstige		
	Sonstiger Familienstand:		

Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwenverhältnis/Witwerverhältnis“ auszufüllen)

Datum der Eheschließung	Ort der Eheschließung		
Wurde die Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie nach dem Tod der verstorbenen Person noch weitere Ehen eingegangen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angaben für Waisen und Halbwaisen (nur bei Auswahl „Kindschaftsverhältnis“ auszufüllen)

Sind Sie durch den Sterbefall Waise oder Halbwaise geworden?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kindschaftsverhältnis zur verstorbenen Person <input type="checkbox"/> Ehelich <input type="checkbox"/> Nichteelich <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind			

Familienname der gesetzlichen Vertretung	Vornamen der gesetzlichen Vertretung
--	--------------------------------------

Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Halbwaise“ und „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)

Familienname	Vornamen		
Wo befindet sich die Anschrift?		<input type="checkbox"/> in Deutschland	<input type="checkbox"/> außerhalb von
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl	Ort	
Auslandsanschrift			Staat
Geburtsdatum	Geburtsort		
Staatsangehörigkeit			
Hat der andere Elternteil weitere Kinder?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Andere Ansprüche

Wurden oder werden aus Anlass des Todes bereits laufende oder einmalige Leistungen gewährt oder beantragt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Haben Sie oder hatte die verstorbene Person Anspruch auf Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Rentenversicherung		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Anschrift Zusatzangaben			

Angaben zur geschädigten Person (nur als angehörige oder nahestehende Person auszufüllen)

Familienname	Geburtsname		
Vornamen			
Geburtsdatum	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Wo befindet sich die Anschrift?		<input type="checkbox"/> in Deutschland	<input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			

Postfach	Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat
Geburtsdatum		Geburtsort
Staatsangehörigkeit		

Angaben zur Gewalttat

Tatzeit (Datum)		Tatzeit (Uhrzeit)	
Tatzeitraum beziehungsweise Tatzeiträume			
Tatort	<input type="checkbox"/> Private Wohnung oder Haus <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz Name und Anschrift des Arbeitgebers:		
	<input type="checkbox"/> Schule, Ausbildungs- oder Betreuungseinrichtung Name und Anschrift der Einrichtung:		
<input type="checkbox"/> Weg zum/vom Arbeitsplatz oder zur/von Schule, Ausbildungs- oder Betreuungseinrichtung			
<input type="checkbox"/> Sonstiger Geschehensort:			

Angaben zur Strafanzeige

Wurde Strafanzeige erstattet?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde				
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz				
Postfach		Postleitzahl	Ort	
Datum der Strafanzeige			Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Warum wurde keine Strafanzeige erstattet?				
Welche Personen waren bei der Tat anwesend? (Name/Anschrift soweit bekannt)		<input type="checkbox"/> Täterin(nen) oder Täter <input type="checkbox"/> Weitere Tatbeteiligte <input type="checkbox"/> Tatzeugin(nen) oder Tatzeuge(n) <input type="checkbox"/> Ersthelferin(nen) oder Ersthelfer <input type="checkbox"/> Keine Person war anwesend		

		<input type="checkbox"/> Sonstige Tatbeteiligte 1. 2. 3.	
Ist ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren oder ein gerichtliches Verfahren durchgeführt oder eingeleitet worden?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde oder des Gerichts		Aktenzeichen/Geschäftszeichen des Verfahrens	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl	Ort	

Angaben zum Ablauf und den gesundheitlichen Folgen der Gewalttat

Können Sie Angaben zum Ablauf der Gewalttat machen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ablauf der Gewalttat			
Zu welchen körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen hat die Gewalttat geführt?			
Liegen diese körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen heute noch vor?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen liegen heute noch vor?			
Wurden durch die Gewalttat am Körper getragene Hilfsmittel beschädigt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Welche Hilfsmittel wurden durch die Gewalttat beschädigt?	
Welche der genannten Gesundheitsstörungen bestanden bereits zuvor?	
Waren Sie aufgrund der bestehenden Gesundheitsstörungen schon in ärztlicher Behandlung oder in Krankenhausbehandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung aufgrund des schädigenden Ereignisses

Waren Sie aufgrund der Folgen des schädigenden Ereignisses in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Stationärer Behandlung <input type="checkbox"/> Ambulanter Behandlung <input type="checkbox"/> Ich war nicht in Behandlung		
Name des Krankenhauses oder der Ansprechperson			
Wo befindet sich die Anschrift?		<input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl	Ort	
Auslandsanschrift		Staat	
Behandlungszeitraum beziehungsweise Behandlungszeiträume			
Welchen Beruf, welche Tätigkeit oder welches Studium haben Sie vor dem schädigenden Ereignis ausgeführt?			
Fühlen Sie sich durch die Folgen des schädigenden Ereignisses in Ihrer Berufsausübung, Ihrer Tätigkeit oder Ihrem Studium beeinträchtigt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie fühlen Sie sich durch das schädigende Ereignis beeinträchtigt (Funktionsbeeinträchtigungen)?			

Angaben zur Krankenversicherung

Form der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Privat versichert <input type="checkbox"/> Nicht versichert		
Name der Krankenkasse			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Adresszusatz		
Postfach	Postleitzahl	Ort
Mitgliedschaft seit (Datum)	Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer	
Frühere Krankenkasse		

Bankverbindung

Kontoinhaber	IBAN
BIC	Geldinstitut

Sonstige Angaben

Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten

Haben Sie wegen der Gesundheitsschädigungen, für die Sie hiermit Leistungen beantragen, Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten angemeldet?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Von welcher weiteren Stelle oder Einrichtung haben Sie weitere Leistungen beantragt?		<input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit <input type="checkbox"/> Täterin/Täter (Schadensersatz/Schmerzensgeld) <input type="checkbox"/> Ausländischen Entschädigungssystemen <input type="checkbox"/> Sonstige Leistungsträger:	
Name der Stelle oder der Einrichtung		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl	Ort	

Leistungen zur Teilhabe und besondere Leistungen im Einzelfall

<p><u>Hinweis zu weiteren Leistungen des SGB XIV Kapitel 6 und Kapitel 11:</u> Aufgrund der von Ihnen gemachten Angaben in diesem Antrag werden auch mögliche Ansprüche auf Leistungen der Teilhabe (Kapitel 6) und besondere Leistungen im Einzelfall (Kapitel 11) geprüft. Die zuständige Behörde wird in diesem Fall Kontakt zu Ihnen aufnehmen, ggf. weitere Unterlagen oder Nachweise anfordern und das weitere Vorgehen mit Ihnen abstimmen.</p>	
Fühlen Sie sich durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge des schädigenden Ereignisses in Ihrem Beruf beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Interesse an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
An welchen Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben Sie Interesse?	

Fühlen Sie sich durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge des schädigenden Ereignisses in Ihrer alltäglichen Lebenssituation oder im Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Sozialen Teilhabe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
An welchen Maßnahmen zur Sozialen Teilhabe haben Sie Interesse?	
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Bildung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
An welchen Maßnahmen der Bildung haben Sie Interesse?	
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
An welchen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation haben Sie Interesse?	

Angaben zur Behinderung

Wurde eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde	Aktenzeichen/Geschäftszeichen

Antrag auf Versorgung

Haben Sie bereits einen Antrag auf Versorgung gestellt und beziehen gegebenenfalls Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), Häftlingsgesetz (HHG), Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG), Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) beziehungsweise Vierzehnten Sozialgesetzbuch (SGB XIV)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde	Aktenzeichen/Geschäftszeichen

Unterstützung bei der Antragstellung

Haben Sie Unterstützung bei der Antragstellung erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wer hat Sie bei der Antragstellung unterstützt?	

sonstige Hinweise:

Erklärungen

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und sämtliche Angaben richtig und vollständig gemacht worden sind. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Beträge zurückgezahlt werden müssen.	<input type="checkbox"/> Ja
--	-----------------------------

Schweigepflichtentbindungserklärung

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 (auch privaten), 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 Verwaltungsverfahren, für ein sich gegebenenfalls anschließendes Überprüfungs- oder 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.

Stimmen Sie der Schweigepflichtentbindungserklärung zu?	<input type="checkbox"/> Ja
Von dieser Schweigepflichtentbindungserklärung schließe ich ausdrücklich aus:	

Die jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der sorgeberechtigten bevollmächtigten oder betreuenden Person:

.....
Ort, Datum:

(bei Minderjährigen unter 15 Jahren müssen beide Sorgeberechtigten unterschreiben)

Hinweise zum Datenschutz

Informationen zur Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27.04.2016 (EU-Datenschutz-Grundverordnung – DS-GVO) und zum Schutz der Sozialdaten nach dem 2. Kapitel des Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - (SGB X):

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten ist Artikel 6 DS-GVO.

Ihre Angaben im Antragsformular sind erforderlich, damit das Landratsamt das Vorliegen eines Versorgungsanspruchs und den Grad der Schädigung (GdS) feststellen kann (Verarbeitungszweck i. S. d. Artikel 13 Absatz 1 Buchstabe c) DS-GVO).

Sie sind nach § 60 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet, das heißt, Sie müssen die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben machen und Ihre Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte geben. Versorgungsleistungen können nach § 66 SGB I versagt oder entzogen werden bzw. kann der Antrag abgelehnt werden, wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Daten zur Prüfung eines Versorgungsanspruchs und ggf. zur Gewährung von Versorgungsleistungen mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden. Sie können der Verarbeitung personenbezogener Daten widersprechen (Artikel 21 DS-GVO) oder eine vorzeitige Löschung der gespeicherten Daten verlangen (Artikel 17 DS-GVO).

Die Akten werden evtl. einem Arzt außerhalb der Verwaltung zur Begutachtung zugeleitet. Sie können einer solchen Zuleitung an Ärzte außerhalb der Verwaltung ebenfalls widersprechen (Artikel 21 DS-GVO).

Ihre Rechte:

- Sie können nach Maßgabe des Artikel 15 DS-GVO Auskunft über Ihre gespeicherten Daten verlangen.
- Sie können eine kostenlose Kopie dieser Daten verlangen (Artikel 15 Abs. 3 und 4 DS-GVO).
- Sie können eine Vervollständigung oder Berichtigung Ihrer Daten verlangen, sofern diese unvollständig oder unrichtig sind (Artikel 16 DS-GVO).
- Jede erfolgte Berichtigung oder Vervollständigung Ihrer Daten sind von uns weiteren Empfängern mitzuteilen, sofern dies möglich und nicht mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden ist (Art 19 DS-GVO).
- Sie haben unter gewissen Voraussetzungen das Recht, die Löschung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen. Auf Artikel 17 DS-GVO wird insoweit hingewiesen.
- Sie können verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten unter bestimmten Voraussetzungen einzuschränken (Artikel 18 DS-GVO).
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit widerrufen.
Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird hiervon nicht berührt (Artikel 13 Abs. 2 Buchstabe c) DS-GVO).

Sofern Sie der Ansicht sind, bei der Verarbeitung Ihrer Sozialdaten in Ihren Rechten verletzt worden zu sein, haben Sie die Möglichkeit, sich an folgende Stellen zu wenden:

an die verantwortliche Stelle:

Landratsamt Böblingen
Leitung des Amtes 22 -
Versorgungsamt
Fritz-Elsas-Straße 30
70174 Stuttgart
Tel.: 07031/663 – 2121
versorgungsamt@lrabb.de

oder

Landratsamt Böblingen
Beauftragte für den Datenschutz
Parkstr. 16
71034 Böblingen
Tel.: 07031/663 – 2631
datenschutz@lrabb.de

oder die Fachaufsichtsbehörde:

Regierungspräsidium Stuttgart
Abteilung 9 / Referat 91
Landesversorgungsamt BW
Ruppmanstraße 21
70565 Stuttgart
Tel.: 0711 904-0

oder

Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Lautenschlager Str. 20, 70173 Stuttgart, Tel.: 0711/61 55 41-0, poststelle@fdi.bwl.de
<https://www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de/beschwerde>