



BUNDESSOZIALAMT

An das
Bundessozialamt
Landesstelle

Antrag auf Gewährung von Hilfeleistungen für Opfer nach dem österreichischen Verbrechensopfergesetz (VOG)
--

**Die Angaben sind jeweils mit entsprechenden Urkunden und
Unterlagen zu belegen!**

Familienname (Zuname):		Vorname:																			
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Staatsbürgerschaft:																			
Versicherungsnummer/Geburtsdatum <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p style="text-align: center;">Versicherungsnummer</p> <p>Geburtsdatum</p>																				Bezeichnung (Name) und Anschrift der zuständigen Krankenkasse:	
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden																					
Anschrift:																					
Straße/Gasse/Platz/Hausnummer/Stiege /Tür:																					
Postleitzahl/Ort:																					
E-mail:																					
Telefonnummer (mit Vorwahl):																					
Bankverbindung:																					
BIC (Bankleitzahl)	IBAN (Kontonummer)	Bezeichnung der Bank																			



Beantragte Leistungen

(Bitte zutreffendes ankreuzen)



BUNDESSOZIALAMT

ERSATZ DES VERDIENSTENTGANGES



Nur bei erlittener **SCHWERER KÖRPERVERLETZUNG**, wenn Sie wegen eines Krankenstandes oder einer Nachbehandlung etc. Ihrer Arbeit nicht nachgehen konnten und dadurch weniger Einkommen hatten, dann bitte auch Seite 5 des Antrages ausfüllen und Belege über das Einkommen vor und nach der Schädigung beischließen.

ACHTUNG:

der Antrag auf Ersatz des Verdienstentganges muss innerhalb von **sechs Monaten** nach der Tat gestellt werden! (Bei Fristversäumnis - Prüfung erst ab Antragsfolgemonat)

PAUSCHALENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHMERZENGELD

Nur bei schwerer Körperverletzung nach dem 31.5.2009

HEILFÜRSORGE

Psychotherapeutische Krankenbehandlung:

Voraussetzung: Kostenzuschuss durch Krankenversicherungsträger

Selbstbehalte:

(Aufgrund der Tat waren Krankenhausaufenthalte, Kuraufenthalte, Rehaufenthalte, Medikamente notwendig, ich habe dafür einen Selbstbehalt gezahlt - Einzahlungsbelege bitte anschließen)

- Krankenhausaufenthalt
- Arzt
- Wahlarzt
- Rezeptgebühr
- Kuraufenthalt
- Rehaufenthalt

KOSTENÜBERNAHME EINER KRISENINTERVENTION

Nur bei Schädigungen nach dem 31.3.2013

ORTHOPÄDISCHE VERSORGUNG

Zahnersatz

Ich habe aufgrund der Tat einen **Zahnverlust** erlitten (Heilkostenplan vom Zahnarzt)

Brille

Ich habe aufgrund der Tat eine Augenschädigung erlitten, es wurde eine Brille verordnet

andere Hilfsmittel

(z.B. Rollstuhl – Hörgerät – orthopädische Schuhe - Augenprothese, etc.)

ERSATZ VON SACHSCHÄDEN

Zahnersatz

Aufgrund der Tat wurde mein **Zahnersatz** beschädigt, eine zahnärztliche Sanierung war notwendig

Brille

Aufgrund der Tat wurde meine Brille gebrauchsunfähig, es war eine neue Brille notwendig

andere Hilfsmittel

(z.B. Rollstuhl – Hörgerät – orthopädische Schuhe - Augenprothese, etc.)

PFLEGEZULAGE



Ich habe durch ein Verbrechen eine so schwere Gesundheitsschädigung erlitten, dass ich für lebenswichtige Verrichtungen die Hilfe einer anderen Person benötige und gepflegt werden muss.

BLINDENZULAGE



Ich bin durch ein Verbrechen erblindet und auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen.

REHABILITATION





Nur wenn Sie **nicht krankenversichert** sind/waren und Rehabilitation erforderlich ist/war.

Angaben zum Verbrechen

Das Verbrechen ereignete sich am:			
in:			
auf folgende Art (kurze Schilderung des Tatherganges):			
<input type="checkbox"/> Täter unbekannt			
<input type="checkbox"/> Name des Täters/der Täter:			
Bei welcher Polizeidienststelle erfolgte die Anzeige?			
unter der Zahl:			
Wegen des Verbrechens wurde beim Gericht in:			
unter der Zahl:	ein Strafverfahren	<input type="checkbox"/> eingeleitet	<input type="checkbox"/> durchgeführt
Der Täter/die Täter wurde/n verurteilt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> (noch nicht bekannt)
rechtskräftiges Urteil vom		Zahl:	

Angaben zu den erlittenen Gesundheitsschädigungen

Welche Gesundheitsschädigungen haben Sie bei der Tat erlitten?		
(bitte einzeln anführen):		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
Befanden Sie sich deshalb in stationärer Behandlung?		
(Krankenhaus, Rehabilitation, Kur):		
Name der Anstalt samt Anschrift	von	bis
Hatten Sie Kosten zu leisten (z.B. Selbstbehalt)? <input type="checkbox"/> Ja – bitte eingezahlten Beleg anschließen		
<input type="checkbox"/> Nein		
Hatten Sie ambulante Behandlungen?		
Name der Anstalt samt Anschrift	von	bis
Standen Sie in ärztlicher Behandlung?		
Name und Anschrift des behandelnden Arztes/Ärztin:		
Behandelnde/r Psychotherapeut/in:		
Name:		
Anschrift:		
Therapiebeginn:		
voraussichtliche Dauer:		

Angaben zum erlittenen Verdienstentgang

Nur auszufüllen wenn ein Verdienstentgang beantragt wird

**Einkommens- und Vermögensverhältnisse des/r Antragstellers/in
VOR DER SCHÄDIGUNG**

Beruf:			
Arbeitgeber: (Name, Anschrift):			
Höhe des mtl. Nettoeinkommens:			
Standen Sie im Bezug	Höhe der Leistung		Name und Anschrift der anweisenden Stelle
	täglich	monatlich	
<input type="checkbox"/> von Krankengeld <input type="checkbox"/> von Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> von Notstandshilfe <input type="checkbox"/> von Pensionsvorschuss <input type="checkbox"/> einer Pension/Rente			
<input type="checkbox"/> Sonstiges Einkommen: (Kapitalbesitz, Vermietung, Verpachtung, Wohnrecht, Leibrente, Unterhalt, Alimente, usw.)			

**Einkommens- und Vermögensverhältnisse des/r Antragstellers/in
NACH DER SCHÄDIGUNG**

Beruf:			
Arbeitgeber: (Name, Anschrift):			
Höhe des mtl. Nettoeinkommens:			
Ist das Dienstverhältnis <input type="checkbox"/> aufrecht <input type="checkbox"/> gekündigt <input type="checkbox"/> einvernehmlich gelöst			
Bitte geben Sie den Grund für die Beendigung des Dienstverhältnisses an:			
Stehen Sie im Bezug	Höhe der Leistung		Name und Anschrift der anweisenden Stelle
	täglich	monatlich	
<input type="checkbox"/> von Krankengeld <input type="checkbox"/> von Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> von Notstandshilfe <input type="checkbox"/> von Pensionsvorschuss <input type="checkbox"/> einer Pension/Rente			
<input type="checkbox"/> Sonstiges Einkommen: (Kapitalbesitz, Vermietung, Verpachtung, Wohnrecht, Leibrente, Unterhalt, Alimente, usw.)			

Die Angaben sind mit entsprechenden Unterlagen, z.B. Lohn- Gehaltsbestätigung, Einkommenssteuerbescheid, etc. zu belegen!

ERKLÄRUNG

1. Ich nehme zur Kenntnis, dass Personen, die auf ihre Schadenersatzansprüche aus dem Verbrechen verzichtet haben, von Hilfeleistungen nach dem VOG ausgeschlossen sind. Ich erkläre, dass ich auf einen **Schadenersatzanspruch nicht verzichtet habe** und auch **nicht verzichten werde**.
2. Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Schadenersatzansprüche in jener Höhe auf den Bund übergehen, in der sie nach dem VOG ersetzt werden. Ich habe meinen Schadenersatzanspruch aus dem gegenständlichen Verbrechen geltend gemacht und bereits Zahlungen des/der Täters/Täterin erhalten:
 JA, in Höhe von: € NEIN
3. Wegen der Folgen der durch das Verbrechen erlittenen Schädigung habe ich bei

die Gewährung der Invaliditäts-, Berufsunfähigkeitspension beantragt; für den Fall der Zuerkennung der beantragten Leistung trete ich meine Ansprüche auf die Nachzahlung hiermit unwiderruflich an den Bund in Höhe der für die gleiche Zeit gewährten Geldleistungen nach dem angeführten Bundesgesetz ab und bin mit einer Überweisung des Nachzahlungsbetrages an das zuständige Bundessozialamt einverstanden.

4. Ich versichere, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.
5. Ich verpflichte mich, jede mir bekannte Veränderung in den rechtlichen Voraussetzungen für den Leistungsbezug dem Bundessozialamt zu melden. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich oder mein gesetzlicher Vertreter/in für den aus der Unterlassung der Anzeige erwachsenden Schaden ersatzpflichtig bin.
6. Ich bin damit einverstanden, dass notwendige Auskünfte für die Bearbeitung meines Antrages bei den zuständigen Behörden der Finanzverwaltung, beim Dienstgeber, bei den Trägern der Sozialversicherung, bei Gerichten oder bei sonstigen in Betracht kommenden Stellen, wie z.B. Krankenhäusern, Psychotherapeuten, etc. eingeholt werden.
7. Ich nehme zur Kenntnis, dass die vom Bundessozialamt erbrachten Leistungen vom Täter im Regressweg zurückgefordert werden müssen.

, am

Unterschrift des/r Antragstellers/in
oder gesetzlichen Vertreters/in
 bevollmächtigten Vertreters/in oder Sachwalters/in

NUR AUSZUFÜLLEN, falls Antragstellung durch eine andere Person

gesetzliche/r Vertreter/in (Vormund) Sachwalter/in

Familienname (Zuname):	Vorname:																				
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Versicherungsnummer/Geburtsdatum: <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				
Anschrift:																					
Straße/Gasse/Platz/Hausnummer/Stiege/Tür:																					
Postleitzahl/Ort:																					
Telefonnummer (mit Vorwahl):																					