



An das  
Bundessozialamt Landesstelle Wien

**Antrag auf Gewährung von Hilfeleistungen für  
Hinterbliebene nach dem österreichischen  
Verbrechensopfergesetz (VOG)**

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

**Beantragte Leistungen**

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

**ERSATZ DES UNTERHALTSENTGANGES**

**ACHTUNG:**

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

**HEILFÜRSORGE**

**Psychotherapeutische Krankenbehandlung:**

Voraussetzung: Kostenzuschuss durch Krankenversicherungsträger

**Selbstbehalte:**

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

**Krankenhausaufenthalt**

**Arzt**

**Wahlarzt**

**Rezeptgebühr**

**KOSTENÜBERNAHME EINER KRISENINTERVENTION**

Nur bei Schädigungen nach dem 31.3.2013

**ORTHOPÄDISCHE VERSORGUNG**

a) Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln

b) deren Wiederherstellung und Erneuerung

**ERSATZ DER BESTATTUNGSKOSTEN**

Ich habe die Bestattungskosten getragen (Bestattungskostenrechnung liegt bei).

Aus den Mitteln der Sozialversicherung oder sonstigen öffentlichen Mitteln sind mir aus Anlass des Todes folgende Leistungen gewährt worden:



**Verbrechensopfer, nach dem Hilfeleistungen beantragt werden:**

|   |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|---|--------------------------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| <b>Familienname (Zuname):</b>   |                          | <b>Vorname:</b>            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Geschlecht:</b><br><input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich   |                          | <b>Staatsbürgerschaft:</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Versicherungsnummer/Geburtsdatum</b><br><table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Versicherungsnummer</p> <p>Geburtsdatum</p> |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>Bezeichnung (Name) und Anschrift der zuständigen Krankenkasse:</b> |  |
|   |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Sterbedatum:</b>   |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Letzter Familienstand:</b><br><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden   |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Anzahl der Kinder mit Unterhaltsanspruch:</b>  |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Letzter ordentlicher Wohnsitz:</b>   |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| Straße/Gasse/Platz/Hausnummer/Stiege/Tür:   |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| Postleitzahl/Ort:   |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Zuletzt ausgeübter Beruf:</b>  |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Letzter Arbeitgeber:</b><br>Name, Anschrift  |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Höhe des mtl. Nettoeinkommens:</b><br>Es sind die Einkommensbelege rückwirkend bis 1 Jahr vor der Schädigung vorzulegen.   |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Stand der/die Verstorbene im Bezug</b>   | <b>Höhe der Leistung</b> |                            | <b>Name und Anschrift der anweisenden Stelle</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   | täglich                  | monatlich                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> von Krankengeld<br><input type="checkbox"/> von Arbeitslosengeld<br><input type="checkbox"/> von Notstandshilfe<br><input type="checkbox"/> von Pensionsvorschuss einer Pension/Rente  |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges Einkommen:</b><br>(Kapitalbesitz, Vermietung, Verpachtung,  |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |

|   |  |
|---|--|
| Wohnrecht, Leibrente, Unterhalt, Alimente, usw. |  |
|---|--|



# Angaben zum Verbrechen

BUNDESSOZIALAMT

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

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

**Hinterbliebene, für die Hilfeleistungen beantragt werden:**

**Witwe/r - Eltern**

**Die Daten sind zutreffendenfalls für beide Personen anzuführen!**

|   |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|---|--------------------------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| <b>Familienname (Zuname):</b>   |                          | <b>Vorname:</b>            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Geschlecht:</b><br><input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich   |                          | <b>Staatsbürgerschaft:</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Versicherungsnummer/Geburtsdatum</b><br><table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table><br>Versicherungsnummer<br>Geburtsdatum |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>Bezeichnung (Name) und Anschrift der zuständigen Krankenkasse:</b> |  |
|   |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Familienstand:</b><br><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden   |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Anzahl der Kinder mit Unterhaltsanspruch:</b>  |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Ordentlicher Wohnsitz:</b>   |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| Straße/Gasse/Platz/Hausnummer/Stiege/Tür:   |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| Postleitzahl/Ort:   |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Beruf:</b>   |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Arbeitgeber:</b><br>(Name, Anschrift):   |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Höhe des mtl. Nettoeinkommens:</b><br>Es sind die Einkommensbelege rückwirkend bis 1 Jahr vor der Schädigung vorzulegen  |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Stehen Sie im Bezug</b>  | <b>Höhe der Leistung</b> |                            | <b>Name und Anschrift der anweisenden Stelle</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   | täglich                  | monatlich                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> von <b>Krankengeld</b><br><input type="checkbox"/> von <b>Arbeitslosengeld</b><br><input type="checkbox"/> von <b>Notstandshilfe</b><br><input type="checkbox"/> von <b>Pensionsvorschuss</b><br><input type="checkbox"/> einer <b>Pension/Rente</b>   |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges Einkommen:</b><br>(Kapitalbesitz, Vermietung, Verpachtung, Wohnrecht, Leibrente, Unterhalt, Alimente, usw.)   |                          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |

## Waise/n:

**Die Daten sind zutreffendenfalls für alle Kinder anzuführen!**

| <b>Familienname (Zuname):</b><br>1) _____<br>2) _____<br>3) _____   | <b>Vorname:</b><br>1) _____<br>2) _____<br>3) _____   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|---|---|---|--|---|---------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| <b>Geschlecht:</b><br>1) <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich<br>2) <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich<br>3) <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich  | <b>Staatsbürgerschaft:</b><br>1) _____<br>2) _____<br>3) _____  |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| <b>Versicherungsnummer/Geburtsdatum</b><br>1) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> 2) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> 3) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>Bezeichnung (Name) und Anschrift der zuständigen Krankenkasse:</b><br>1) _____<br>2) _____<br>3) _____ |
|   |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| <b>Welche der angeführten Kinder sind uneheliche Kinder, Stief- Wahl- oder Pflegekinder?</b>  |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| <b>Welche der angeführten Kinder leben im gemeinsamen Haushalt?</b>   |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| <b>Welche der angeführten Kinder leben außer Haus?</b>  |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| Straße/Gasse/Platz/Hausnr./Stg./Tür:  |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| Postleitzahl/Ort:   |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| <b>Ist für die Kinder (Waisen) ein Vormund bestellt?</b>  |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| Name und Anschrift des Vormundes  |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| <b>Beruf (Lehre, Schule, Studium) der Kinder (Waisen):</b>  |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 1) _____  |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 2) _____  |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 3) _____  |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| <b>Geben Sie den Arbeitgeber der Kinder (Waisen) an:</b>  |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| (Name, Anschrift, Kopie des Lehrvertrages; Inskriptionsbestätigung)   |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| <b>Höhe des mtl. Nettoeinkommens der berufstätigen Kinder (Waisen):</b>   |   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| <b>Standen bzw. stehen die Kinder (Waisen) im Bezug</b>   | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Höhe der Leistung</th> <th rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Name und Anschrift der anweisenden Stelle</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">täglich</td> <td style="text-align: center;">monatlich</td> </tr> </table> | Höhe der Leistung                         |  | Name und Anschrift der anweisenden Stelle | täglich | monatlich |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| Höhe der Leistung   |   | Name und Anschrift der anweisenden Stelle |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| täglich   | monatlich   |   |  |   |         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> von <b>Alimente</b><br><input type="checkbox"/> von <b>Unterhaltsvorschuss</b><br><input type="checkbox"/> einer <b>Waisenpension</b><br><input type="checkbox"/> <b>Sonstiges Einkommen:</b><br>(Kapitalbesitz, Vermietung, usw.) |  |  |  |
|---|--|--|--|

**Angaben zum erlittenen Unterhaltentgang der Hinterbliebenen**

|  |  |
|--|--|
| <b>Höhe des mtl. Gesamteinkommens:</b><br>(= mtl. Nettoeinkommen der Eltern)   |  |
| <b>Höhe der mtl. Fixkosten:</b><br><b>Miete:</b><br><b>Strom/Gas:</b><br><b>Fernwärme:</b><br><b>RF+FS:</b><br><b>TeleKabel:</b><br><b>Telefon</b> (Grundgebühr):<br><b>Gemeindeabgaben</b> (Grundsteuer, Kanal, Wasser, Müllabfuhr):<br><b>Rauchfangkehrer:</b><br><b>Haushaltsversicherung:</b><br><b>Hausversicherung:</b><br><b>Kredit für Wohnraumbeschaffung:</b><br>(die Angaben sind durch Zahlungsbelege und der letzten Jahresabrechnungen zu belegen) |  |
| <b>Wurden die Fixkosten entsprechend dem jeweiligen Einkommen gemeinsam bezahlt?</b>   |  |
| <b>Wenn nein, von wem wurden die Fixkosten beglichen?</b>  |  |
| <b>Wie wurde das mtl. zum Verbrauch stehende Einkommen aufgeteilt?</b><br>(=mtl. Gesamteinkommen minus der mtl. Fixkosten)   |  |
| <b>Bei welchem Bezirksgericht ist das Verlassenschaftsverfahren anhängig?</b><br>(Geben Sie die Aktenzahl und Adresse an)  |  |
| <b>Wurde das Verlassenschaftsverfahren</b>   |  |

bereits abgeschlossen?

**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 habe/werde beim Landesgericht:

meinen **Schadenersatzanspruch** aus dem gegenständlichen Verbrechen geltend gemacht/ machen und habe bereits Zahlungen des/der Täters/Täterin in folgender Höhe erhalten:

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Schadenersatzansprüche in jener Höhe auf den Bund übergehen, in der sie nach dem VOG ersetzt werden.

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 Bundesgesetze 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, Hausärzten, etc. eingeholt werden.

7. Ich nehme zur Kenntnis, dass die vom Bundessozialamt erbrachten Leistungen vom Täter im Regressweg zurückgefordert werden müssen.

, am

Ort

Datum

**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**

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Familienname (Zuname):</b>   | <b>Vorname:</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Geschlecht:</b><br><input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich | <b>Versicherungsnummer/Geburtsdatum:</b><br><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><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



| <b>Anschrift:</b>                         |  |
|---|--|
| Straße/Gasse/Platz/Hausnummer/Stiege/Tür: |  |
| Postleitzahl/Ort:                         |  |
| Telefonnummer (mit Vorwahl):              |  |