



BUNDESSOZIALAMT

An das
Bundessozialamt
Landesstelle

Zur Information: Anspruch besteht
nur für Straftaten ab 01.06.2009

A N T R A G

auf Pauschalentschädigung für Schmerzensgeld
nach den Bestimmungen des Verbrechenopfergesetzes (VOG)

Name:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
Staatsangehörigkeit:	
Krankenkasse:	
Sozialversicherungsnummer:	
Bankverbindung (IBAN/BIC):	

Welche Straftat liegt dem Ansuchen zugrunde:

Das Verbrechen ereignete sich am:	in:
Kurze Schilderung des Tatherganges:	
Wurde Anzeige erstattet?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Bei welcher Behörde?	
Gegen wen ? (Name des Täters angeben, soweit bekannt)	
Wurde der Täter verurteilt?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Rechtskräftiges Urteil vom	Gericht:





Waren Sie nach der Tat im Krankenhaus, in ambulanter Behandlung oder beim Arzt ?

Krankenhausaufenthalte: (Bitte angeben, wo und wann)	BUNDESSOZIALAMT
ambulante Behandlungen: (Bitte angeben, wo und wann)	
ärztliche Behandlungen: (Bitte angeben, wo, wann und bei wem)	

Welche Körperverletzungen haben Sie bei der Straftat erlitten:
(Geben Sie die Verletzungen einzeln an)

ERKLÄRUNG

1. Ich nehme zur Kenntnis, dass Personen, die auf ihre Schadenersatzansprüche aus dem Verbrechen verzichtet haben, von Hilfeleistungen nach diesem Bundesgesetz 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. Ich versichere, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.
4. 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 für den aus der Unterlassung der Anzeige erwachsenden Schaden ersatzpflichtig bin.
5. Ich bin damit einverstanden, dass notwendige Auskünfte für die Bearbeitung dieses Antrages bei den zuständigen Trägern der Sozialversicherung, bei Gerichten und bei sonstigen in Betracht kommenden Stellen, wie z.B. Ärzten, Krankenhäusern, Psychotherapeuten, etc. eingeholt werden.
6. Ich nehme zur Kenntnis, dass das vom Bundessozialamt geleistete Schmerzensgeld vom Täter im Regressweg zurückgefordert werden muss.

....., am
 Ort Datum (Unterschrift des Antragstellers
 oder seines gesetzl. Vertreters)



