

An das Versorgungsamt	Bitte für amtliche Zwecke freihalten!	
	Geschäftszeichen	Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

Antrag

auf Gewährung von Elternversorgung nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

HINWEIS:

Ist mehr als ein Kind an den Folgen einer Gewalttat verstorben, so sind die Angaben zu den Abschnitten 1, 3, 4-7 über alle diese Kinder erforderlich

1.1	Name, Geburtsname – ggf. weitere frühere Namen – des Verstorbenen			
1.2	Vornamen des Verstorbenen			
1.3	Geburtsdatum des Verstorbenen	Geburtsort, Kreis, Land des Verstorbenen		
1.4	Staatsangehörigkeit des Verstorbenen			
1.5	Familienstand des Verstorbenen im Zeitpunkt des Todes		seit	Zahl der Kinder
	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden			
1.6	Frühere Ehen des Verstorbenen			
	geschlossen am	Name des Ehegatten	aufgelöst am	durch (Tod, Scheidung, Aufhebung)
1.7	Letzte Anschrift des Verstorbenen			
2.1	Name (Geburtsname) des Vaters		der Mutter	
2.2	Vornamen des Vaters		der Mutter	
2.3	Geburtsdatum und -ort des Vaters		der Mutter	
2.4	Staatsangehörigkeit des Vaters		der Mutter	
2.5	Tag der Eheschließung	Leben die Eltern getrennt <input type="checkbox"/> nein ja, seit		Ist die Ehe der Eltern geschieden / aufgehoben <input type="checkbox"/> nein ja, seit
2.6	Ggf. Todestag des Vaters		der Mutter	
2.7	Anschrift des Vaters		der Mutter	
3.1	Der Verstorbene war			
	<input type="checkbox"/> leibl. Kind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind des Vaters <input type="checkbox"/> leibl. Kind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind der Mutter			
3.2	Weitere (ggf. auch inzwischen verstorbene) Kinder des Vaters und / oder der Mutter			
	Name (Geburtsname), Vornamen	Geburtsdatum	Anschrift (ggf. Todestag)	Kindschafts- verhältnis

(NW – 8.77)

4.1	Todestag des Verstorbenen	Zeitpunkt der Gewalttat (Tag, Monat, Jahr / Uhrzeit)
4.2	Tatort (genaue Ortsbeschreibung, Ort, Straße, Hausnummer, Wohnung, Raum usw.)	
	<input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Weg zum / vom Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Schulweg	
4.3	Tatvorgang (genaue Schilderung des Tathergangs)	
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
4.4	Tatanlaß (Ursache der Tötlichkeit)	
4.5	Tatverursacher (Wer hat mit der Tötlichkeit begonnen? – Name, Anschrift)	
4.6	Weitere Tatbeteiligte (Namen, Anschriften)	
	<hr/> <hr/>	
4.7	Name und Anschrift des/der Täter(s)	
4.8	Tatzeugen (Namen, Anschriften)	
	<hr/> <hr/> <hr/>	
4.9	Wer hat erste Hilfe geleistet? (Name, Anschrift)	
5.1	Wurde Strafanzeige erstattet?	
	<input type="checkbox"/> nein, Gründe:	
	<input type="checkbox"/> ja, bei	
	am (Datum)	Aktenzeichen
5.2	Ist ein gerichtliches Verfahren durchgeführt oder eingeleitet?	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei
		Aktenzeichen
5.3	Haben Sie einen Rechtsanwalt beauftragt?	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, (Name, Anschrift)
6.1	Haben Sie bei einer anderen Behörde Antrag auf Hinterbliebenenrente gestellt?	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei
	am (Datum)	Aktenzeichen
6.2	Haben Sie wegen der Folgen der Gewalttat Ansprüche gegen eine Versicherung des Täters?	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gegen
		Geschäftszeichen
6.3	Haben Sie wegen der Folgen der Gewalttat Ansprüche gegen eine eigene Versicherung?	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gegen (Name, Anschrift)
		Geschäftszeichen

7.1	Welchen Krankenkassen hat der Verstorbene in den letzten 5 Jahren angehört?		
	von-bis	Name, Anschrift der Krankenkasse (Bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben des Hauptversicherten)	des jeweiligen Arbeitgebers
7.2	Ambulante ärztliche Behandlungen des Verstorbenen wegen der Folgen der Gewalttat		
	von-bis	Name, Anschrift der behandelnden Ärzte	
7.3	Stationäre Behandlungen des Verstorbenen wegen der Folgen der Gewalttat		
	von-bis	Name, Anschrift der Krankenhäuser	Abteilung/Station
8.	Beziehen Sie Rente vom Versorgungsamt?		
	<input type="checkbox"/> nein	ja, Versorgungsamt	Aktenzeichen
9.	Soll die beantragte Leistung aus besonderen Gründen nach Möglichkeit schon vor der endgültigen Entscheidung vorläufig gewährt werden?		
	<input type="checkbox"/> nein	ja, Gründe:	
10.	Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen überwiesen werden an		
	Kontoinhaber		
	Konto-Nr.	Geldinstitut	Bankleitzahl

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, daß wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt werden müssen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Auskünfte eingeholt und die bei Ärzten, Krankenanstalten, Behörden und Trägern der Sozialversicherung geführten Unterlagen zur Einsicht bezieht. Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Verfahren nach dem OEG und entbinde die beteiligten Ärzte von der Schweigepflicht.

Ich füge folgende Unterlagen bei:

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift des/der Antragsteller(s))