

An das
Niedersächsische Landesamt
für Soziales, Jugend und Familie
(Landessozialamt –LS-)
Außenstelle

Geschäftszeichen	Eingangsstempel	O E G
– wird vom Landessozialamt ausgefüllt –		

Antrag auf Gewährung von Hinterbliebenenversorgung (Witwe, Witwer, Waisen) nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)

Zur Bearbeitung dieses Antrages werden Sie gebeten, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – in Maschinen- oder Blockschrift – zu beantworten und die jeweils angegebenen Unterlagen beizufügen.
Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

I. Angaben zur Person der Antragsteller(in) 1. Witwe/Witwer

1.	Name, Vorname	ggf. Geburtsname
2.	Geburtsdatum, Geburtsort, Kreis, Land (Bitte Geburtsurkunde beifügen)	
3.	Staatsangehörigkeit	Ausländer bitte Nachweis über die Staatsangehörigkeit beifügen
4.	Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort) – Bitte Meldebestätigung beifügen -	Telefonisch zu erreichen unter
5.	Datum und Ort der Eheschließung mit dem/der Verstorbenen, die nach dem/der Versorgung beantragt wird (Bitte Heiratsurkunde beifügen)	
6.	Ist die Ehe mit dem/der Verstorbenen, nach dem/der Versorgung beantragt wird, geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt worden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Urteil vom	Bitte Urteil und – soweit Unterhalt geleistet worden ist – Nachweis über die Unterhaltsleistung beifügen
7.	Haben Sie sich wiederverheiratet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Datum und Ort der Eheschließung (Bitte Heiratsurkunde beifügen)	
	Name, Vorname, Geburtsdatum des Ehegatten der neuen Ehe	
	Die neue Ehe ist aufgelöst oder für nichtig erklärt worden durch	
	Tod des Ehegatten am (Bitte Sterbeurkunde beifügen)	Todesursache
	Urteil vom (Bitte Urteil beifügen)	rechtskräftig geworden am
	Welche Versorgungs-, Renten- oder Unterhaltsansprüche, die sich aus der neuen Ehe herleiten, haben Sie erworben oder durch Antragstellung geltend gemacht?	
	Art des Anspruchs	Höhe des Anspruchs
		Zahlende Stelle mit Geschäftszeichen/Zahlungsverpflichteter

Fragen zum Tatvorgang (Fortsetzung)

.....

4. Tatanlass (Ursache der Tötlichkeit, sofern der Tat ein Streit vorausging, Schilderung des Streitverlaufs und Wortwechsels)

.....

5. Name und Anschrift des Täters/der Täter (soweit bekannt)

.....

6. Tatzeugen (Namen und Anschriften)

.....

7. Wer hat erste Hilfe geleistet? (Name und Anschrift)

.....

8. Ist Strafanzeige erstattet worden?

Nein. Gründe:

Ja

bei	am (Datum)	Aktenzeichen
.....

9. Ist ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren eingeleitet oder durchgeführt worden?

Nein Ja

bei	.Aktenzeichen
.....

10. Ist ein gerichtliches Verfahren eingeleitet oder durchgeführt worden?

Nein Ja

Strafverfahren Privatklage

bei	Aktenzeichen
.....

11. Krankenhausbehandlungen wegen der Körperschäden

von – bis	Name und Anschrift des Krankenhauses, der Station und des behandelnden Arztes
.....
.....
.....

12. Sonstige ärztliche Behandlungen wegen der Körperschäden

von – bis	Name und Anschrift des behandelnden Arztes
.....
.....
.....

13. Welche wesentlichen Erkrankungen oder Behinderungen haben vor Eintritt der Gewalttat bestanden (ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung)?		
von – bis	Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses	wegen welcher Krankheit/Behinderung
.....
.....
14. Name und Anschrift des Hausarztes zurzeit der Schädigung		
.....		
15. Name und Anschrift der Krankenkasse oder Krankenversicherung zur Zeit der Schädigung		
.....		

IV. Sonstige Angaben

1. Beziehen Sie Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Renten-/Unfallversicherung, Hinterbliebenenbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder sonstige Bezüge nach anderen Rechtsvorschriften oder haben Sie diese Leistungen beantragt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Bezeichnung der Leistung und Anschrift der Stelle	Aktenzeichen	
.....	
2. Haben Sie bereits Schadenersatzansprüche bei dem Täter oder seiner Versicherung angemeldet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Name und Anschrift des Schädigers oder der Versicherung	Aktenzeichen	
.....	
3. Haben Sie bereits einen Anspruch auf Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären (z. B. Soldatenversorgungsgesetz)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Landesamt bzw. Außenstelle	Aktenzeichen	
.....	
4. Hat der Verstorbene Beschädigtenversorgung nach dem Opferentschädigungsgesetz, dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären, bezogen oder hatte er einen entsprechenden Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Landesamt bzw. Außenstelle	Aktenzeichen	
.....	
5. Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen auf das nachstehende Konto überwiesen werden:		
Kontonummer	Geldinstitut	Bankleitzahl
.....
Kontoinhaber		
.....		

V. Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Versorgung nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesamt die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und die über den Verstorbenen bei Ärzten, Krankenanstalten, Behörden und Trägern der Sozialversicherung geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder) zur Einsicht beizieht. Ich stimme der Verwertung dieser Unterlagen zu und entbinde die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen. Hierzu gehören auch Mitteilungen über die geltend gemachten oder durchgesetzten Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche.

Beigefügt sind:

.....,

.....
(Unterschrift des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters)