

**Antrag auf Unterstützung aus Mitteln des Fonds für die Opfer und Angehörigen schwerer Gewalttaten von landesweiter Bedeutung und von Terroranschlägen (§ 1a PolBürgBG)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| An denVorsitzenden des Opferfondsbeirats des Hessischen LandtagsSchlossplatz 1-365183 Wiesbaden   |   | Bitte Feld frei lassen für Eingangsvermerk  |

# Angaben zur Person

|  |
| --- |
| 1. 🞏 Herr 🞏 Frau 🞏 Divers Name, Vorname: Geburtsname oder früherer Name:   ……………………………………………………….. ………………………………………...  |
| 2. Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ), Geburtsort:  | 3. **Freiwillige Angaben**  |
|  ....................................................................  |  Telefonnummer (tagsüber): …………………………………………….. |
|  …………………………………………………  |  E-Mail-Adresse: ………………………………………………………….  |
| 4. Familienstand  | seit:  |  Zahl der Kinder:  |
|  🞏 ledig 🞏 verwitwet  🞏 verheiratet 🞏 getrennt lebend  🞏 in Lebenspartnerschaft lebend 🞏 geschieden  🞏 Lebenspartnerschaft aufgehoben  |    …………..  |     …………………  |
| 5. Straße und Hausnummer:  | Postleitzahl:  |  Wohnort:  |
| ..............................................................................................................................................  | .....................  |  .........................  |
| **(Bitte fügen Sie eine Kopie des Personalausweises / Reisepasses bei)** |
| 6. Vertreter oder Betreuer (**falls vorhanden)**:🞏 gesetzlicher Vertreter / gesetzliche Vertreterin ODER 🞏 Bevollmächtigter / Bevollmächtigte 🞏 Betreuer / Betreuerin **(Bitte fügen Sie eine Kopie der Vollmacht bei)**  Name, Vorname und Anschrift:  ……………………………………………………………………………………………………………………………………......  .……………………………………………………………………………………………………………………………………..........................  **(Bitte fügen Sie eine Kopie der Bestellungsurkunde bzw. des Betreuerausweises bei)**  |
|  |

# Angaben zur Gewalttat\*

|  |
| --- |
|  1. Tatzeit (soweit möglich: Uhrzeit, Tag, Monat, Jahr): ........................................................................................................….. |
| 2. Tatort (soweit möglich: Ortsbeschreibung, z. B. Ort, Straße, Hausnummer, Wohnung):  ................................................................................................................................................................................................... 3. Ist Strafanzeige erstattet worden? 🞏 ja bei: …….…………………………………… am (Datum): ………... ………..………………………….........  🞏 nein Aktenzeichen **(sofern bekannt)**:…………………………..... ....................................................................................................................................................................................................  ..............................................................................................................................................................................................…..  |
| 4. Hat ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren / gerichtliches Verfahren stattgefunden?  🞏 ja bei: …….…………………………………… Aktenzeichen **(sofern bekannt)**:…………………………..... 🞏 nein  |
| 5. Tathergang (Bitte schildern Sie den wesentlichen Ablauf der Gewalttat; statt dessen können Sie auch eine Kopie des Strafantrags und / oder des Polizeiprotokolls beifügen): **\***  ………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………….  🞏 Ich kann hierzu zurzeit keine Angaben machen.  |

**\*Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.**

# Angaben zu Gesundheitsstörungen / Schädigungen

|  |
| --- |
| 1. Zu welchen körperlichen und / oder seelischen Gesundheitsstörungen hat die Gewalttat geführt?\*  …………………………………………………………………………………………………………………………………………  |
| 2. Liegen diese heute noch vor?\*  🞏 ja, folgende: 🞏 nein  …………………………………………………………………………………………………………………………………………  |

**\*Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.**

# Angaben zu ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlungen

|  |
| --- |
| 1. Stationäre Behandlung wegen der Folgen der Gewalttat\* von-bis: Name, Anschrift des Krankenhauses und / oder der Reha-Einrichtung:  …………….. ………………………………………………………………………………………………. ……………………  |
| 2. Ambulante Behandlung wegen der Folgen der Gewalttat\* von-bis: Name, Anschrift Hausarzt / behandelnde(r) Arzt / Ärztin / Psychotherapeut/in:  …………….. ………………………………………………………………………………………………. ……………………  |

 **\*Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.**

# Angaben zur beruflichen Situation

|  |
| --- |
| 1. Beruf / Tätigkeit, ggf. Studium vor der Gewalttat: ………………………………………………………………………......  |
| 2. Sind Sie durch die Folgen der Gewalttat in Ihrer Berufsausübung beeinträchtigt?  🞏 nein 🞏 ja In welcher Form **(bitte begründen\*)?**  ....…………………………………………………………………………………  |

**\*Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.**

# Sonstige Angaben

|  |
| --- |
| 1. Falls es zu einer Geldleistung kommt, soll diese auf folgendes Konto überwiesen werden:  BIC: ………………………………………….. IBAN: ……………………………………………….   Geldinstitut: ………………………………………….. Kontoinhaber/in: ……………………………………………….  |
|  Hierbei handelt es sich um ein Konto des Antragstellers / der Antragstellerin.2. Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………….  |
| 3. Bei der Antragstellung hat mich unterstützt (z. B. Opferhilfeorganisation, Polizei, Psychotherapeut/in):  ………………………………………………………………………………………………………………………………………….  |

**Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und mir die Zuwendungsrichtlinien des Fonds für die Opfer und Angehörigen schwerer Gewalttaten von landesweiter Bedeutung und von Terroranschlägen bekannt sind. Mir ist insbesondere bekannt, dass kein Rechtsanspruch auf Zuwendungen aus dem Opferfonds besteht (§ 1 Abs. 2 der Zuwendungsrichtlinien). Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben die Pflicht zur Rückerstattung der pauschalen Unterstützungsleistung begründen können.**

Ort und Datum: Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters / der Vertreterin oder des Betreuers / der Betreuerin:

 ………………………………………. ….…………………………………………………………….

|  |
| --- |
|  **Einverständniserklärung** Zur Aufklärung des Sachverhalts erkläre ich mich mit der Beiziehung folgender Unterlagen einverstanden: * polizeiliche Ermittlungsunterlagen, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Jugendamtsakten
* erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärzten / Ärztinnen, Psychologen / Psychologinnen, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden - auch soweit sie von anderen Ärzten / Ärztinnen oder Stellen erstellt worden sind - allerdings nur in dem Umfang, wie sie Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände geben können. Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen. Ich entbinde die behandelnden und beteiligten Ärzte / Ärztinnen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.  🞏 ja 🞏 nein  🞏 von dieser Einverständniserklärung schließe ich ausdrücklich aus:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………..  - bitte Arzt / Ärztin, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen – Ort und Datum: Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin oder des  gesetzlichen oder bestellten Vertreters / der Vertreterin oder des  Betreuers / der Betreuerin:  |
| ……………………………………… ………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Erklärung zur Datenverarbeitung**Ich bin damit einverstanden, dass der Hessische Landtag – Opferfonds - meine personenbezogenen Daten verarbeitet, um mit mir kommunizieren und über meinen Antrag entscheiden zu können.Der Hessische Landtag – Opferfonds – wird meine personenbezogenen Daten nur dann gegenüber anderen Behörden verwenden, wenn Rückfragen bei diesen Behörden zur Bearbeitung meines Antrags notwendig werden, insbesondere, weil meine Angaben in diesem Antrag nicht vollständig sind und nicht alle erbetenen Unterlagen vorgelegt worden sind.Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Ziff. 7 DSGVO, der über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung von personenbezogenen Daten entscheidet, ist:Hessischer Landtag Direktor beim Hessischen LandtagSchlossplatz 1-3 65183 Wiesbaden Telefon: +49 611/350-0 E-Mail-Adresse: direktor@ltg.hessen.deInternet-Adresse: https://hessischer-landtag.deDer Hessische Landtag – Opferfonds – informiert mich nach Art. 13 Abs. 2 DSGVO darüber,* dass meine personenbezogenen Daten von ihm für die Dauer von zwei Legislaturperioden gespeichert werden, um jederzeit Rückfragen beantworten zu können,
* dass ich jederzeit von dem Verantwortlichen Auskunft darüber verlangen kann, welche personenbezogenen Daten über mich gespeichert sind, (Art. 15 DS-GVO)
* dass ich jederzeit die Berichtigung dieser Daten verlangen kann (Art. 16 DS-GVO),
* dass ich die Löschung der Daten (Art. 17 DS-GVO) verlangen kann,
* dass mir das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS-GVO) zusteht,
* dass ich ein Recht auf Widerspruch hinsichtlich der Datenverarbeitung (Art. 21 DS-GVO) habe,
* dass ich mich mit einer Beschwerde an die behördliche Datenschutzbeauftragte wenden kann, wenn ich der Auffassung bin, dass bei der Verarbeitung meiner Daten datenschutzrechtliche Vorschriften nicht beachtet wurden,
* dass ich bezüglich der Datenverarbeitung ein Beschwerderecht zu der für den Hessischen Landtag in Datenschutzangelegenheiten zuständigen Aufsichtsbehörde, dem Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit (HBDI), Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden, Tel. 0611 1408-0, habe,
* dass sich die Bearbeitung meines Antrags verzögern oder unmöglich gemacht werden kann, sofern ich eines der oben genannten Rechte, insbesondere die Einschränkung oder Löschung meiner Daten, ausübe.

Ort und Datum: Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin oder des  gesetzlichen oder bestellten Vertreters / der Vertreterin oder  des Betreuers / der Betreuerin: ……………………………… ………………………………………………………………………. |

Zusatzblatt 1 zum Antrag auf Leistungen für Gewaltopfer von Herrn/Frau/Divers

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Zusatzblatt 2 zum Antrag auf Leistungen für Gewaltopfer von Herrn/Frau/Divers

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………