

Antrag auf Leistungen gemäß der Anerkennungs- und Unterstützungsordnung der Diözese Augsburg

Von dem Sachwalter auszufüllen:

Name des/der Sachwalters/in

Adresse des/der Sachwalters/in

Eingangsstempel

Telefon

E-Mail

Antrags-Nr.

Antrag

auf Leistungen in Anerkennung des Leids für Opfer körperlicher Gewalt

Allgemeine Hinweise

Zur Feststellung Ihrer Berechtigung zum Bezug von Leistungen sind wir auf Ihre Angaben angewiesen. Sie werden deshalb gebeten, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – möglichst in Maschinen- oder Blockschrift – zu beantworten. Wir empfehlen Ihnen, zum Ausfüllen auf die Hilfe des/der Sachwalters/in zurückzugreifen. Sollte der Vordruck für Ihre Angaben nicht ausreichen, benutzen Sie bitte Zusatzblätter. Der Antrag ist zu stellen bei dem/der Sachwalter/in der Diözese Augsburg oder der Ordensgemeinschaft, die für den/die Täter/in zum Zeitpunkt der Tat die kirchliche Verantwortung trug oder der er/sie angehörte.

I. Angaben zu Ihrer Person

Bitte fügen Sie dem Antrag die Kopie eines gültigen Ausweisdokuments bei.

Name (ggf. Geburtsname), Vorname

Geburtsdatum

Adresse (Straße, Hausnummer)

Adresse (Wohnort, Postleitzahl)

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

II. Angaben zur Tat

1. Täter

Bitte geben Sie den Namen des/der Täters/in und dessen/deren Funktion in der Diözese Augsburg zur Tatzeit an, soweit Ihnen dies bekannt ist.

Name, Vorname

Funktion des/der Täters/in zur Tatzeit

2. Tatort

Bitte benennen Sie die Institution in der Diözese Augsburg, innerhalb welcher die körperliche Gewalt, die Sie minderjährig oder als schutz- oder hilfebedürftiger Erwachsener erfahren mussten, begangen wurde und beschreiben Sie ggf. den genauen Tatort.

- Pfarrei
- Kirchliche Organisation
- Schule
- Andere Organisation
- Sonstiger Tatort

Ort

ggf. Beschreibung des Tatorts

3. Tatzeit

Bitte benennen Sie die Tatzeit so genau wie möglich. Es ist auch die Angabe eines Zeitraums möglich. Bitte machen Sie deutlich, wenn es sich um mehrere Fälle körperlicher Gewalt gehandelt hat.

4. Tathergang

Bitte schildern Sie die Umstände und den Hergang der körperlichen Gewalt. Die Angaben sind für die Bemessung der Leistungshöhe und für unsere weitere Aufklärungsarbeit unerlässlich. Sie können ein Zusatzblatt verwenden.

Sofern bereits eine schriftliche Darstellung bei den Beauftragten Ansprechpersonen der Diözese Augsburg für Verdachtsfälle sexuellen Missbrauchs oder dem/der Sachwalter/in vorliegt, kann hierauf verwiesen werden. Ihre diesbezügliche Schilderung wird dann dem Antrag angefügt.

5. Umgang mit dem Fall körperlicher Gewalt

Wurde im Anschluss an die körperliche Gewalt, die Sie minderjährig bzw. als schutz- oder hilfebedürftiger Erwachsener erfahren mussten, Druck auf Sie oder auf andere ausgeübt, keine Anzeige oder Mitteilung an vorgesetzte Stellen oder an Dritte zu erstatten?

- nein
- ja (Bitte benennen Sie Namen und Funktionen dieser Stellen falls bekannt.)

6. Folgen der Tat

Ihre Angaben zu den Folgen der Tat sind vor allem für einen Antrag auf Kostenübernahme für eine Psychotherapie oder Paarberatung erforderlich, werden aber auch im Rahmen der Ermittlung der Höhe materieller Leistungen berücksichtigt. Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen (bitte verwenden Sie gegebenenfalls ein Zusatzblatt):

Welche physischen und/oder psychischen Folgen hatte die körperliche Gewalt, die Sie minderjährig bzw. als schutz- oder hilfebedürftiger Erwachsener erfahren mussten, für Sie?

Sind diese Beeinträchtigungen heute noch gegeben?

- nein
- ja (Bitte erläutern) _____

Fühlen Sie sich durch die Folgen der körperlichen Gewalt, die Sie minderjährig bzw. als schutz- oder hilfebedürftiger Erwachsener erfahren mussten, in Ihrem Privatleben oder in Ihrer Berufsausübung beeinträchtigt?

- nein
- ja (Bitte erläutern) _____

III. Bereits erhaltene oder beantragte materielle Leistungen

1. Leistungen kirchlicher Stellen

Haben Sie wegen der Folgen der körperlichen Gewalt, die Sie minderjährig bzw. als schutz- oder hilfebedürftiger Erwachsener erfahren mussten, bei kirchlichen Stellen (z. B. Bistum oder Orden) bereits Ansprüche geltend gemacht?

- nein
 ja (Bitte bezeichnen Sie die Stelle und ggf. Aktenzeichen und Höhe der Forderung.)

Hat diese oder eine andere Stelle Leistungen an Sie erbracht?

- nein
 ja (in welcher Höhe?) _____

2. Leistungen des Täters

Haben Sie bereits Schadenersatz- oder Schmerzensgeldansprüche gegenüber dem Täter geltend gemacht?

- nein
 ja (in welcher Höhe?) _____

Hat der Täter Leistungen an Sie erbracht?

- nein
 ja (in welcher Höhe?) _____

3. Gerichtsverfahren

War oder ist die oben beschriebene Tat Gegenstand eines zivil- oder strafgerichtlichen Verfahrens?

- nein
 ja (Bitte benennen Sie das Gericht, das Aktenzeichen und die Höhe der geltend gemachten Forderung. Sofern bereits eine Gerichtsentscheidung vorliegt, fügen Sie diese bitte in Kopie Ihrem Antrag bei.)

IV. Welche Form der Hilfe wünschen Sie?

- Materielle Leistung in Anerkennung des Leids
 Erstattung von Therapiekosten
 Erstattung von Paartherapiekosten

V. Ihre Kontoverbindung

Bitte geben Sie Ihre Kontoverbindung für eine Auszahlung materieller Hilfen an:

Kontoinhaber

Kontonummer

Bankleitzahl

Geldinstitut

VI. Versicherung an Eides Statt

Ich versichere an Eides Statt, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

(Ort, Datum) (Unterschrift des Antragstellers)

Hinweis: Eine Versicherung an Eides Statt ist nicht erforderlich, wenn eine strafrechtliche Gerichtsentscheidung ergangen ist oder der Sachverhalt von der betroffenen Diözese oder Ordensgemeinschaft anerkannt wurde (z. B. aufgrund eines Geständnisses des Täters).

VII. Hinweise zur Bearbeitung Ihres Antrages

1. Die Bearbeitung Ihres Antrags und eine Gewährung beantragter Leistungen erfolgen auf der Grundlage der Anerkennungs- und Unterstützungsordnung der Diözese Augsburg
2. Dem Antrag ist die Kopie eines gültigen Ausweisdokuments (Personalausweis oder Reisepass) beizufügen.
3. Bei Beantragung der Erstattung der Kosten für Psychotherapie oder Paarberatung fügen Sie dem Antrag bitte außerdem folgende Unterlagen bei:
 - Behandlungsplan eines approbierten Psychotherapeuten oder Paartherapeuten;
 - bei gewünschter Psychotherapie den Nachweis, dass Ihre Krankenkasse oder ein anderer Kostenträger die Kosten nicht übernimmt;
 - ggf. Rechnung des Psychotherapeuten oder Paartherapeuten.
4. Alle Leistungen sind freiwillige Leistungen, die ohne Anerkenntnis einer Rechtspflicht erfolgen. Für diese freiwilligen Leistungen ist der Rechtsweg ausgeschlossen.
5. Gewährte Leistungen können auf andere Leistungen angerechnet werden, die möglicherweise von Dritten erbracht werden. Sofern Sie weitere Ansprüche geltend machen, können diese mit freiwillig erbrachten Leistungen verrechnet werden.

VIII. Erklärung

Ich habe die Hinweise und das Merkblatt über die „Leistungen in Anerkennung des Leids, das Opfern körperlicher Gewalt zugefügt wurde“ zur Kenntnis genommen und bin mit ihnen einverstanden.

(Ort, Datum) (Unterschrift des Antragstellers)

IX. Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Diese Vertraulichkeit ist auch bei der zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Weitergabe an Dritte gewährleistet. Die Bearbeitung Ihres Antrags erfordert daher Ihre nachstehende Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Ich genehmige die Speicherung und Verarbeitung meiner Auskünfte sowie deren im Rahmen der Bearbeitung meines Antrags notwendige Weitergabe an und Verarbeitung durch Dritte, die ihrerseits der Schweigepflicht unterliegen.

(Ort, Datum) (Unterschrift des Antragstellers)