

GZ.:

An das  
Sozialministeriumservice  
Landesstelle Tirol  
Herzog-Friedrich-Straße 3  
6010 Innsbruck

Eingangsstempel
-----------------

### ANTRAG

auf **Übernahme der Kosten für psychotherapeutische Krankenbehandlung**  
nach den Bestimmungen des Verbrechenopfergesetzes (VOG)

<b>Name:</b>		
<b>Geburtsdatum:</b>		
<b>Anschrift:</b>		
<b>Telefonnummer:</b>		
<b>E-Mail</b>		
<b>Staatsangehörigkeit:</b>		
<b>Bankverbindung</b>	BIC:	IBAN:
	Bezeichnung der Bank:	

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? ( <i>Name des Täters/ der Täterin angeben, soweit bekannt</i> )	
Wurde der Täter/die Täterin 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/Ärztin?

Ärztliche Behandlungen / Krankenhausaufenthalte: (Bitte angeben, wo, wann und bei wem)	
--	--

Angaben zur Psychotherapie:

<b>Krankenkasse:</b>	
<b>Sozialversicherungsnummer:</b>	
<b>Behandelnde/r Psychotherapeut/in:</b>	
<b>Anschrift / Telefonnummer:</b>	
<b>Beginn der Behandlung:</b>	
<b>Voraussichtliche Dauer:</b>	
<b>Kosten der Therapiestunde:</b>	
<b>Kostenzuschuss von der Krankenkasse:</b>	

**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 Verbrechen geltend gemacht und bereits Zahlungen des/der Täters/Täterin in folgender Höhe erhalten:
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 Sozialministeriumservice 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 die vom Sozialministeriumservice übernommenen Therapiekosten vom Täter im Regressweg zurückgefordert werden müssen.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
Unterschrift des/r Antragstellers/in  
oder seiner/s gesetzlichen Vertreters/in

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizulegen:

- Kopie des Staatsbürgerschaftsnachweises (bzw. Kopie des Reisepasses)
- Anzeigenbestätigung der Polizei bzw. Gerichtszahl
- ärztliche Befunde