

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

Eingangsstempel

ANTRAG

auf **Pauschalentschädigung für Schmerzengeld**
nach den Bestimmungen des Verbrechenopfergesetzes (VOG)

Zur Information:
Anspruch besteht nur für
Straftaten ab 01.06.2009

Name:		
Geburtsdatum:		
Anschrift:		
Telefonnummer:		
Staatsangehörigkeit		
Krankenkasse:		
Sozialversicherungsnummer:		
Bankverbindung	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?

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

Welche Körperverletzungen haben Sie bei der Straftat erlitten:

(Geben Sie die Verletzungen einzeln an)

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 gegenständlichen Verbrechen geltend gemacht und bereits Zahlungen des/der Täters/Täterin erhalten:
 JA, in Höhe von: € NEIN
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 das vom Sozialministeriumservice geleistete Schmerzensgeld vom Täter im Regressweg zurückgefordert werden muss.

.....
(Ort, Datum)

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