

Kommunaler Sozialverband Sachsen  
 Fachbereich 4 - Soziales Entschädigungsrecht  
 Reichsstraße 3  
 09112 Chemnitz

Aktenzeichen

Eingangsstempel

# Antrag auf Entschädigung

## Gesetz über die Rehabilitierung und Entschädigung von Opfern rechtsstaatswidriger Strafverfolgungsmaßnahmen im Beitrittsgebiet (Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz - StrRehaG) in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (Soziale Entschädigung - SGB XIV)

### Antrag für eine unmittelbar selbst geschädigte Person (§ 21 StrRehaG)

Wer Sozialleistungen beantragt, muss gemäß § 60 Sozialgesetzbuch - Erster Teil - alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen angeben. Wir bitten Sie daher, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten (Zutreffendes ankreuzen  oder ausfüllen) und den Antrag an die oben genannte Behörde zu senden. Sollten Sie einen Bevollmächtigten, bspw. einen Rechtsanwalt, mit der Wahrnehmung Ihrer Interessen beauftragt haben bzw. noch beauftragen, bitten wir diesen von der Antragstellung zu unterrichten.

Ihre Angaben sind aufgrund der §§ 1 ff. StrRehaG i. V. m. dem SGB XIV für die Entscheidung über Ihren Antrag erforderlich. Dem Antragsformular liegt eine Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung und ein Informationsblatt zum Datenschutz bei.

#### 1. Angaben zur Person

Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname und frühere Namen			<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit				
<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> .....	Ich halte mich in Deutschland auf seit (TT/MM/JJJJ): .....			
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort)			Telefon/E-Mail (freiwillige Angabe)		
Stehen Sie unter Betreuung? (ggf. Betreuungsausweis beifügen)					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

#### 2. Schädigendes Ereignis (Rechtsstaatswidrige Strafverfolgung/Freiheitsentziehung)

<b>2.1. Name/Ort des damaligen Strafgerichts bzw. der Institution, die die Freiheitsentziehung angeordnet hat</b>	
<b>2.2. Details zur strafrechtlichen Entscheidung (Grund der Verurteilung, Strafmaß u. ä.)</b>	
<b>2.3. Zeiträume/Orte der Freiheitsentziehung</b>	
von - bis	Justizvollzugsanstalt / Jugendwerkhof / psychiatrische Einrichtung u. ä.
<b>2.4. Wurde die strafrechtliche Entscheidung wegen deren Rechtsstaatswidrigkeit durch einen gerichtlichen Beschluss aufgehoben?</b>	
<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> vollständig / <input type="checkbox"/> teilweise durch .....	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Der Beschluss ist dem Antrag beigelegt.	Bitte einen Antrag beim zuständigen Gericht stellen und den Beschluss nachreichen.

**3. Körperschäden/Gesundheitsstörungen im Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis**

Beschreibung des ursächlichen Zusammenhangs mit dem schädigenden Ereignis und Auswirkungen im täglichen Leben
---

**4. Berufstätigkeit**

vor der Freiheitsentziehung		nach der Freiheitsentziehung	
Zeitraum	ausgeübte Berufe/Tätigkeiten	Zeitraum	ausgeübte Berufe/Tätigkeiten
Unmittelbar <b>vor/nach</b> der Schädigung war ich			
<input type="checkbox"/> arbeitssuchend	von – bis / seit	Jobcenter/Arbeitsagentur:	
<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig erkrankt	von – bis / seit	Grund:	
<input type="checkbox"/>	von – bis / seit	Grund:	
<b>Wirk(t)en sich die geltend gemachten Gesundheitsstörungen auf Ihre Berufstätigkeit aus?</b>			
<input type="checkbox"/> Ja und zwar folgendermaßen und in folgenden Zeiträumen:			<input type="checkbox"/> Nein

**5. Körperschäden/Gesundheitsstörungen die bereits v o r dem schädigenden Ereignis vorgelegen haben**

Körperschäden/Gesundheitsstörungen	von - bis	Anschrift Arzt/Krankenhaus

**6. Ärztliche Behandlungen n a c h dem schädigenden Ereignis (ambulant/stationär)**

Behandlungsursache (Gesundheitsstörung/Krankheit)	von – bis	Anschrift Arzt/Krankenhaus

**7. Kontaktdaten meiner Hausarztpraxis**

--

**8. Zugehörigkeit zu Krankenversicherungen**

Ich bin derzeit			
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert.	<input type="checkbox"/> gesetzlich familienversichert.	<input type="checkbox"/> privat versichert.	<input type="checkbox"/> Anspruch auf Beihilfe/Heilfürsorge
Kontaktdaten der Krankenversicherung			Mitglied seit .....
Kontaktdaten vorheriger Krankenversicherungen			Zeiträume

**9. Bezug/Beantragung von anderen Leistungen**

<b>9.1. Liegt eine anerkannte Behinderung vor oder haben Sie eine solche Feststellung beantragt (Grad der Behinderung)?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behörde: _____ Aktenzeichen: _____	
<b>9.2. Liegt Pflegebedürftigkeit vor oder haben Sie einen Pflegegrad beantragt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pflegekasse: _____ Pflegegrad: _____ Aktenzeichen: _____	
<b>9.3. Beziehen Sie Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, Betriebsrenten o. ä.?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Versicherungsträger: _____ Aktenzeichen: _____	
<b>9.4. Beziehen Sie Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Versorgungsträger: _____ Aktenzeichen: _____	
<b>9.5. Beziehen Sie bereits Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (neu – SGB XIV; alt – Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz; Soldatenversorgungsgesetz; Häftlingshilfegesetz; Strafrechtliches oder Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz) oder wurden von Ihnen entsprechende Leistungen beantragt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behörde: _____ Aktenzeichen: _____	

**10. Datenaustausch mit anderen Sozialleistungsträgern**

Ich nehme zur Kenntnis, dass die medizinischen Auskünfte und Unterlagen, die der Kommunale Sozialverband Sachsen im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB XIV erhalten hat, nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden dürfen, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung der betroffenen Leistungsträger erforderlich ist (§§ 69 Abs. 1, 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Dieser Datenübermittlung kann hier und jederzeit widersprochen werden. /  Ich erhebe diesbezüglich Widerspruch.

**11. Platz für zusätzliche Angaben**

--

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Leistungen, die aufgrund meiner Angaben zu Unrecht erbracht wurden, werden zurückgefordert.

Datum	Ihre Unterschrift / Unterschrift des Vertretenden

Folgende Unterlagen liegen dem Antrag bei: