

An das
Sozialministeriumservice
Landesstelle

ANTRAG auf

- HEIMOPFERRENTE**
 **FESTSTELLUNG, ob eine
Heimopferrente gebühren
würde**

nach dem **Heimopferrentengesetz (HOG)**

Eingangsstampiglie

| |
|---|
| Bitte unbedingt ausfüllen! Versicherungsnummer |
| |

Wenn Sie die Versicherungsnummer nicht kennen, geben Sie bitte das Geburtsdatum in der Form TT MM JJ an.

| Name und Adresse | | |
|---|---|--|
| Familienname und Vorname | Geburtsdatum | Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür) | | Telefonnummer |
| E-Mail | Frühere Familiennamen | |
| Vertreter/Vertreterin (Nur ausfüllen, wenn der Antrag von einem Vertreter/einer Vertreterin gestellt wird.) | | |
| Familienname und Vorname | | |
| Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür) | | Telefonnummer |
| E-Mail | | |
| ICH BIN | <input type="checkbox"/> die mit der gesetzlichen Vertretung betraute Person ^{*)} Sachwalter(in), mit der Obsorge betraute Person, Vorsorgebevollmächtigte(r), gewählte(r), gesetzliche(r) oder gerichtliche(r) Erwachsenenvertreter(in), Kurator(in) | <input type="checkbox"/> die bevollmächtigte Person ^{*)} <input type="checkbox"/> |
| ^{*)} Bitte Nachweis über die Vertretung beilegen, wenn diese dem Versicherungsträger noch nicht bekannt ist! | | |
| Bankverbindung. Nur ausfüllen, wenn Sie noch keine Pension/keinen Ruhe- oder Versorgungsgenuss beziehen oder den Antrag auf Heimopferrente beim Sozialministeriumservice stellen. Bei Anträgen auf Feststellung, ob eine Heimopferrente gebühren würde, ist die Angabe Ihrer Bankverbindung nicht erforderlich. | | |
| IBAN (Kontonummer) | BIC (Bankleitzahl) | Bezeichnung der Bank |
| Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> | | |

Weiter auf Seite 2

Auskunft und Beratung:

Wir bitten Sie, unsere Abteilung und die Versicherungsnummer (VSNR) bzw. die Geschäftszahl des Sozialministeriumservice bei jedem Schriftwechsel anzuführen und Ihr Schreiben nicht namentlich an einen unserer Mitarbeiter zu richten.

| Ich habe eine pauschalierte Entschädigungsleistung erhalten. | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ja | <p>Von wem? (Bund, Bundesland, Gemeinde, Weisser Ring, Opferschutzanwaltschaft, andere Stelle)</p> <p>Datum:</p> <p><i>Bitte legen Sie keine Bestätigungen bei und fordern Sie keine Bestätigung von der auszahlenden Stelle an. Wir werden die Bestätigungen selbst einholen.</i></p> |
| | <p>Haben Sie die Entschädigung nach einem Gerichtsurteil oder einem gerichtlichen Vergleich oder einem Anerkenntnis erhalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> |
| <input type="checkbox"/> nein | <p><input type="checkbox"/> Ich habe eine Entschädigung beantragt. Das Verfahren läuft noch. Bei welcher Stelle?</p> <p><i>Bitte verständigen Sie uns, sobald Sie die Entscheidung erhalten. Wir können Ihren Antrag erst erledigen, wenn die Entscheidung vorliegt.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe eine Entschädigung beantragt. Der Antrag wurde abgelehnt. Von welcher Stelle?</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keine Entschädigung beantragt.</p> |
| Weitere Angaben zu Ihren Unterbringungen in Kinder- oder Jugendheimen, in Pflegefamilien sowie in Kranken-, Psychiatrie- und Heilanstalten. | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Dauer der Unterbringungen: - Ort(e) der Unterbringungen/Name(n) der Einrichtung(en): - Zuweisung durch einen Jugendwohlfahrtsträger (Jugendamt): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt <p>Wenn ja, durch welchen?</p> | |
| Ich beziehe eine Eigenpension, einen Ruhegenuss, ein Rehabilitationsgeld, eine/n wegen Erwerbsunfähigkeit weitergewährte/n Waisenpension/Waisenversorgungsgenuss. | |
| <input type="checkbox"/> ja | Auszahlende Stelle: |
| <input type="checkbox"/> nein | <p><input type="checkbox"/> Ich habe eine Eigenpension, einen Ruhegenuss, die Weitergewährung der Waisenpension/des Waisenversorgungsgenusses wegen Erwerbsunfähigkeit beantragt. Bei welcher Stelle?</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe noch keine Pension, keinen Ruhegenuss und keinen Waisenversorgungsgenuss beantragt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin seit der Vollendung meines 18. Lebensjahres oder der Beendigung meiner Schul- oder Berufsausbildung erwerbsunfähig und als Angehörige/r (Kind, Enkel) in der Krankenversicherung anspruchsberechtigt und beziehe keine Pension, keinen Ruhegenuss und keinen Waisenversorgungsgenuss.</p> |

Zutreffendes bitte ankreuzen

| Ich beziehe eine laufende Geldleistung der Mindestsicherung. | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ja | Auszahlende Stelle: Bei mir wurde Arbeitsunfähigkeit auf Dauer festgestellt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nein | |
| Ich habe einen Antrag auf Ersatz des Verdienstentgangs nach dem Verbrechensopfergesetz (VOG) gestellt. | |
| <input type="checkbox"/> ja | Geschäftszahl des Sozialministeriumservice: Höhe der Leistung: |
| <input type="checkbox"/> nein | |
| Ich habe bei einer anderen Stelle einen Antrag auf Heimopferrente gestellt. | |
| <input type="checkbox"/> ja | Bei welcher Stelle? Ich erhalte bereits eine Heimopferrente: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> nein | |
| Ich habe die Feststellung, ob eine Heimopferrente gebühren würde, beantragt. | |
| <input type="checkbox"/> ja | Bei welcher Stelle? Ich habe einen positiven Feststellungsbescheid erhalten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Geschäftszahl: Datum des Bescheids: |
| <input type="checkbox"/> nein | |
| Erklärung | |
| <p>1. Ich habe alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet und weiß, dass falsche Angaben rechtliche Konsequenzen für mich haben können.</p> <p>2. Ich werde jede Änderung, die für die Rente maßgeblich ist, innerhalb von vier Wochen dem Entscheidungsträger melden. Das betrifft insbesondere die Zuerkennung eines Verdienstentgangs nach dem VOG und jede Änderung in der Höhe dieser Leistung. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich Renten, die wegen Verletzung der Meldepflichten oder unrichtiger Angaben zu Unrecht oder zu hoch ausbezahlt wurden, zurückzahlen muss.</p> <p>3. Ich nehme zur Kenntnis, dass mein Antrag der Rentenkommission bei der Volksanwaltschaft vorgelegt wird, wenn der Heim- oder Krankenhausträger keine pauschalierte Entschädigung erbracht hat, und dass die Rentenkommission über die Zuerkennung oder Ablehnung der Rente informiert wird.</p> <p>4. Ich bin damit einverstanden, dass der Entscheidungsträger, die Rentenkommission oder eine von der Rentenkommission beauftragte Stelle notwendige Auskünfte für die Bearbeitung meines Antrags bei den zuständigen Behörden, bei den Trägern der Sozialversicherung, den zuständigen Heim- und Krankenhausträgern bzw. den von diesen mit der Abwicklung der Entschädigungszahlungen beauftragten Stellen, bei Gerichten oder bei sonstigen in Betracht kommenden Stellen einholt.</p> | |
| _____ | _____ |
| Ort und Datum | Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder des Vertreters/der Vertreterin |