Sozialministeriumservice

An das
Sozialministeriumservice
Landesstelle

Eingangsstempel

Antrag auf

☐ **Zuerkennung einer Heimopferrente**

☐ **Feststellung, ob eine Heimopferrente gebühren würde**

nach dem **Heimopferrentengesetz (HOG)**

Genaue Erläuterungen finden Sie im beiliegenden Informationsblatt

Bitte in Blockschrift ausfüllen, Zutreffendes bitte ankreuzen ☒
Wollen Sie mehr Angaben machen, ergänzen Sie die Daten bitte auf einem zusätzlichen Blatt Papier.

1	**Persönliche Angaben**			Versicherungsnummer	
Familienname					
Vorname				Titel	
Frühere Namen				Geburtsdatum	
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ inter ☐ offen ☐ keine Angabe				
Staatsbürgerschaft					
Ständiger Aufenthaltsort	Straße / Gasse / Platz			Hausnummer / Stiege / Tür	
	Postleitzahl	Ort		Land	
Telefonnummer (mit Vorwahl)			E-Mail		

2	**Antragstellung durch andere Person**				
Ich bin	☐ mit der gesetzlichen Vertretung betraut (Obsorge, Vorsorgebevollmächtigung, gewählte, gesetzliche oder gerichtliche Erwachsenenvertretung, Kuratorium) ☐ bevollmächtigt ☐ Nachweis ☐ liegt bei ☐ wird nachgereicht				
Familienname					
Vorname				Titel	
Adresse	Straße / Gasse / Platz			Hausnummer / Stiege / Tür	
	Postleitzahl	Ort		Land	
Telefonnummer (mit Vorwahl)			E-Mail		

3 Allgemeine Angaben

Erhalten Sie bereits eine Heimopferrente?

☐ nein

☐ ja, auszahlende Stelle und Aktenzeichen:

Wenn „nein“, haben Sie die Heimopferrente bereits bei einer anderen Stelle beantragt?

☐ nein

☐ ja, Stelle und Aktenzeichen:

Haben Sie bereits die Feststellung, ob eine Heimopferrente gebühren würde, beantragt?

☐ nein

☐ ja, Stelle und Aktenzeichen:

Wenn „ja“, haben Sie einen positiven Feststellungsbescheid erhalten?

☐ nein

☐ ja, Stelle und Aktenzeichen:

4 Pauschalierte oder individuelle Entschädigungsleistung

☐ Entschädigungsleistung noch nicht beantragt

☐ Entschädigungsleistung beantragt oder gerichtlich eingeklagt – das Verfahren ist noch offen	Beantragt am / Klage vom: Stelle: Bitte geben Sie die genaue Stelle an (z.B. Bund, Bundesland, Gemeinde, Weisser Ring, Opferschutzanwaltschaft, Gericht, andere Stelle). **Hinweis**: Bitte verständigen Sie uns, sobald Sie die Entscheidung erhalten. Wir können Ihren Antrag erst erledigen, wenn die Entscheidung vorliegt.
☐ Entschädigungsleistung erhalten	Datum der Auszahlung: Auszahlende Stelle: Bitte geben Sie die genaue Stelle an (z.B. Bund, Bundesland, Gemeinde, Weisser Ring, Opferschutzanwaltschaft, andere Stelle). **Hinweis**: Bitte legen Sie keine Bestätigung bei und fordern Sie auch keine Unterlagen bei der auszahlenden Stelle an. Haben Sie die Entschädigungsleistung nach einem Gerichtsverfahren erhalten? ☐ nein ☐ ja, Urteil, Vergleich oder Anerkenntnis ☐ liegt bei ☐ wird nachgereicht
☐ Entschädigungsleistung abgelehnt	Datum der Ablehnung: Stelle: Bitte geben Sie die genaue Stelle an (z.B. Bund, Bundesland, Gemeinde, Weisser Ring, Opferschutzanwaltschaft, Gericht, andere Stelle).

5 Unterbringungen

Waren Sie in Kinderheimen oder Jugendheimen, bei Pflegefamilien oder in Krankenanstalten, Psychiatrie- oder Heilanstalten untergebracht?

☐ nein

☐ ja, Name der Einrichtung / Ort der Unterbringung von bis

Name der Einrichtung / Ort der Unterbringung von bis

Erfolgte die Zuweisung durch einen oder mehrere Jugendwohlfahrtsträger (Jugendämter)?

☐ nein

☐ ja,

Name des Jugendwohlfahrtsträgers / Namen der Jugendwohlfahrtsträger

☐ nicht bekannt

6 Weitere Leistungen

Beziehen Sie eine der nachstehenden Leistungen?

Eigenpension ☐ nein ☐ ja

Ruhegenuss ☐ nein ☐ ja

Rehabilitationsgeld ☐ nein ☐ ja

Waisenpension / Waisenversorgungsgenuss wegen Erwerbsunfähigkeit (nach Vollendung des 18. Lebensjahres) ☐ nein ☐ ja

Auszahlende Stelle und Aktenzeichen:

Bezug seit:

Wenn „nein“, haben Sie eine solche Leistung beantragt?

☐ nein

☐ ja, beantragt am:

Stelle und Aktenzeichen:

Sind Sie seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit der Beendigung Ihrer Schulausbildung oder Berufsausbildung erwerbsunfähig und als angehörige Person (z.B. Kind, Enkelkind) in der Krankenversicherung anspruchsberechtigt?

☐ nein ☐ ja

Beziehen Sie eine laufende Geldleistung der Mindestsicherung?

☐ nein Haben Sie eine Geldleistung der Mindestsicherung beantragt?

☐ nein ☐ ja, beantragt am

Stelle:

Sind Sie dauerhaft arbeitsunfähig und haben Sie aufgrund des Einkommens anderer Personen keinen Anspruch auf eine Geldleistung der Mindestsicherung?

☐ nein ☐ ja

☐ ja, auszahlende Stelle und Aktenzeichen:

Wurde Arbeitsunfähigkeit auf Dauer festgestellt? ☐ nein ☐ ja

7 Zusätzliche Angaben

Haben Sie einen Antrag auf Ersatz des Verdienstentganges nach dem Verbrechensopfergesetz (VOG) beim Sozialministeriumservice gestellt?

☐ nein

☐ ja, Höhe der Leistung: Aktenzeichen:

Sind Sie damit einverstanden, dass wir den Antrag auf „Zuerkennung einer Heimopferrente“ in einen Antrag auf „Feststellung, ob eine Heimopferrente gebühren würde“ umwandeln, wenn Sie die Anspruchsvoraussetzungen für die Zuerkennung einer Heimopferrente aktuell nicht erfüllen?

☐ nein ☐ ja

8 Anweisung

☐ Anweisung der Heimopferrente wird auf folgendes Konto gewünscht:

Geldinstitut	
Kontoinhaber	BIC
IBAN	

☐ Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.

9 Erklärung

- Ich habe alle Fragen richtig und vollständig beantwortet.
- Ich weiß, dass ich jede Änderung der Voraussetzungen für den Bezug und die Fortzahlung der Rente innerhalb von **4 Wochen** melden muss. Das betrifft insbesondere die Zuerkennung eines Verdienstentganges nach dem Verbrechensopfergesetz (VOG) und jede Änderung in der Höhe dieser Leistung.
- Ich habe das Informationsblatt zur Heimopferrente gelesen und verstanden.
- Ich weiß, dass mein Antrag der Rentenkommission bei der Volksanwaltschaft vorgelegt wird, wenn ich keine pauschalierte oder individuelle Entschädigung erhalten habe.
- Ich weiß, dass über Zuerkennung oder Ablehnung der Rente die Rentenkommission informiert wird.
- Ich weiß, dass der Entscheidungsträger, die Rentenkommission oder eine von der Rentenkommission beauftragte Stelle in Zusammenhang mit der Bearbeitung meines Antrages notwendige Auskünfte 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.
- Ich weiß, dass **unvollständige** und **falsche Angaben** sowie eine **Verletzung der Meldepflichten rechtliche Folgen** haben können.
- Ich weiß, dass ich Leistungen zurückzahlen muss, die ich aufgrund unrichtiger, unvollständiger oder verspäteter Angaben erhalten habe.

Datum	Unterschrift

Folgende Unterlagen liegen bei: