



Antrag auf Schnelle Hilfen – Behandlung in einer Traumaambulanz
nach dem Recht der Sozialen Entschädigung (§ 31 ff. i. V. m. § 138 Absatz 7 und § 115 SGB XIV)

Landesamt für Soziales und Versorgung
Soziales Entschädigungsrecht

Bitte Feld frei lassen für Eingangsvermerk der Behörde

A Angaben zur Person

1.	<input type="checkbox"/> Herr Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Divers* Geburts- oder früherer Name
2.	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)		Geburtsort
3.	Staatsangehörigkeit		
4.	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt Ort	PLZ	Straße Nr.
5.	Antrag als <input type="checkbox"/> geschädigte Person (durch ein schädigendes Ereignis, unmittelbar eine gesundheitliche Schädigung) <input type="checkbox"/> Angehörige(r) (Ehegatte, Kinder und Eltern der geschädigten Person) <input type="checkbox"/> Hinterbliebene(r) (Witwen, Waisen, Eltern, Betreuungsunterhaltsberechtigte) <input type="checkbox"/> Nahestehende(r) (Geschwister und Personen in eheähnlicher Lebensgemeinschaft)*		
6.	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/Bevollmächtigter (Kopie der Vollmacht bitte beifügen) <input type="checkbox"/> gesetzliche Vertreterin/gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Betreuerin/Betreuer (Kopie Bestellsurkunde bzw. Betreuerausweis bitte beifügen)* Name, Vorname Ort PLZ Straße Nr.		

* Zutreffendes bitte ankreuzen

B Angaben zur Schädigung

1.	Tatzeit (TT/MM/JJJJ)	Kenntnis von der Tat (TT/MM/JJJJ)
2.	Tatort <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz (auch auf dem Hin-/ Rückweg) <input type="checkbox"/> Schule/ Ausbildungs-Betreuungseinrichtung (auch auf dem Hin-/ Rückweg) <input type="checkbox"/> sonstiger Tatort*	
3.	Tathergang (wesentliche Angaben: Tatort, Beteiligte, Ablauf, Folgen schildern, stattdessen kann auch Kopie des Strafantrages oder Polizeiprotokolls beigefügt werden)	
4.	Raum für eventuelle Begründungen / Bemerkungen	

Ich erkläre pflichtgemäß die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin oder des gesetzlichen Vertreters / der Vertreterin oder des Betreuers / der Betreuerin

.....

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung

- zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für die Bearbeitung meines Antrages,
- zur Übermittlung dieser Daten und Behandlungsberichte zwischen der Traumaambulanz und dem Landesamt für Soziales und Versorgung, soweit dies zur Behandlung in der Traumaambulanz und der Entscheidung über meinen Antrag auf Schnelle Hilfen notwendig ist.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig ist und von mir jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann. Eine nachträgliche Beschränkung oder ein Widerruf wirken sich allerdings nicht für die Vergangenheit, sondern nur für die Zukunft aus. Die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung gilt für dieses Verfahren und für ein sich gegebenenfalls anschließendes Widerspruchsverfahren. Ich weiß, dass das LASV dann nur nach Lage des Akteninhalts prüfen und dies zu einem negativen Ergebnis für mich führen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers
oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters