

Eingangsdatum:

Antragsdatum:

GZ.:

Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg

Soziales Entschädigungsrecht

Lipezker Straße 45

03048 Cottbus

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)

Angaben zur Person

1.	Herr <input type="checkbox"/>	Frau <input type="checkbox"/>	Divers <input type="checkbox"/>	
	Name, Vorname		Geburts- oder früherer Name	
2.	Geburtsdatum		Geburtsort	
	Telefonnummer		E-Mail-Adresse	
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 (Ehegatte, Kinder und Eltern der geschädigten Person)			
	<input type="checkbox"/> Hinterbliebene (Witwen, Waisen, Eltern, Betreuungsunterhaltsberechtigte)			
	<input type="checkbox"/> Nahestehende (Geschwister und Personen in eheähnlicher Lebensgemeinschaft)			
6.	Bevollmächtigte/Bevollmächtigter (Kopie der Vollmacht bitte beifügen)			
	<input type="checkbox"/> gesetzliche Vertreterin/gesetzlicher Vertreter			
	<input type="checkbox"/> Betreuerin/Betreuer (Kopie Bestellungsurkunde bzw. Betreuerausweis bitte beifügen)			
	Name, Vorname			
	Ort	PLZ	Straße	Nr.

B Angaben zur Schädigung

1. Tatzeit	Kenntnis von der Tat
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 (z. Bsp. Kopie des Strafantrages oder Polizeiprotokolls befügen, oder wesentl. Angaben zu Tatort, Beteiligte, Ablauf, Folgen schildern)	
4. Raum für eventuelle Begründungen/Bemerkungen	

Ich erkläre pflichtgemäß die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellenden oder des
gesetzlichen Vertreters

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung

- zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für die Bearbeitung meines Antrages,
- zur Übermittlung dieser Daten, soweit dies zur Entscheidung über meinen Antrag auf Schnelle Hilfen und bei weiterer Unterstützung durch das Fallmanagement 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. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers oder des
gesetzlichen Vertreters