

# Antrag auf Hilfeleistungen aus dem Fonds Sexueller Missbrauch im familiären Bereich

## A) Zweck des Fonds Sexueller Missbrauch

Der Fonds Sexueller Missbrauch im familiären Bereich will Betroffenen helfen, die in ihrer Kindheit oder Jugend sexuellen Missbrauch erlitten haben. Er ist gegenüber den gesetzlichen Hilfesystemen nachrangig. Das bedeutet, dass er sich an die Betroffenen richtet, die auch nach dem Erhalt von Leistungen aus den bestehenden Hilfesystemen (zum Beispiel Gesetzliche und Private Krankenversicherung, Gesetzliche und Private Unfallversicherung, Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz) oder bei Ablehnung dieser Leistungen noch unter Folgewirkungen des sexuellen Missbrauchs leiden. Das ergänzende Hilfesystem, dessen erster Teil der Fonds Sexueller Missbrauch im familiären Bereich ist, ist auf der Webseite [www.fonds-missbrauch.de](http://www.fonds-missbrauch.de) ausführlich beschrieben. Derzeit kann nur über Anträge entschieden werden, die Missbrauch im familiären Bereich betreffen. Darüber hinaus können auch Betroffene, die in ihrer Kindheit oder Jugend z.B. durch sogenannte Fremdtäter oder in Institutionen sexuell missbraucht wurden, Anträge stellen. Allerdings können diese zurzeit nicht bearbeitet und beschieden werden, da bislang die Verhandlungen mit Ländern und nicht-staatlichen Institutionen zu Finanzierung von Leistungen für die Betroffenen noch nicht abgeschlossen sind.

## B) Datenerhebung und -nutzung nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung

Mit diesem Antragsformular können Sie als Betroffene oder Betroffener Hilfeleistungen aus dem „Fonds Sexueller Missbrauch“ beantragen. Die Angaben, die von Ihnen erbeten werden, können für Sie belastend sein. Sie sind nicht verpflichtet, Angaben zu machen!

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten beruht auf Ihrer Einwilligung, die Ihrer freien Entscheidung vorbehalten bleibt. Dies gilt insbesondere auch für die besonders sensiblen Daten zu dem von Ihnen erlittenen sexuellen Missbrauch. Die Daten werden erhoben, um sachgerecht über Leistungen aus dem Fonds entscheiden zu können. Bitte bedenken Sie, dass Hilfen nicht ohne Ihre Mitwirkung vergeben werden können. Angaben zu personenbezogenen Daten (unter Ziffer 1.1) sind zwingend notwendig, um Ihren Antrag zu bearbeiten. Sie müssen jedoch nicht alle Fragen zu Ziffer 1.2, 2 und Ziffer 3 beantworten, wenn es Ihnen nicht möglich ist.

Ihre Angaben werden nur mit Ihrer Einwilligung und nur soweit notwendig an die am „Fonds Sexueller Missbrauch“ Beteiligten weitergeleitet. Ihre Angaben zur Person werden in der Geschäftsstelle chiffriert und - falls der sexuelle Missbrauch im Verantwortungsbereich einer Institution oder Vereinigung stattfand - ausschließlich dieser Institution unter Hinweis auf datenschutzrechtliche Bestimmungen zusammen mit einer Aufforderung zur Stellungnahme zur Kenntnis gegeben. Sie werden nicht an Dritte weitergeleitet. Bitte beachten Sie hierzu vorab die datenschutzrechtlichen Hinweise und die Einwilligungserklärung am Ende dieses Antragsformulars.

## C) Kostenlose Unterstützung durch Beratungsstellen

Es besteht für Sie die Möglichkeit, das Formular mit Hilfe von Fachkräften des WEISSEN RINGS auszufüllen. Diese wurden von Traumaexpertinnen und -experten im Bereich des sexuellen Missbrauchs geschult. Der WEISSE RING wird Sie darüber beraten, inwieweit Angaben - soweit sie Ihnen möglich sind - zum Erfolg Ihres Antrags beitragen können. Der WEISSE RING kann insbesondere auch Fragen zu vorrangigen Ansprüchen aus den oben beschriebenen gesetzlichen Leistungssystemen beantworten. Die Beratung ist für Sie kostenlos und freiwillig. Sie kann in Räumlichkeiten des WEISSEN RINGS oder an einem gemeinsam vereinbarten Ort stattfinden. Die für Sie zuständige Beratungsstelle finden Sie auf der Webseite [www.fonds-missbrauch.de](http://www.fonds-missbrauch.de).

Zusätzliche Informationen erhalten Sie unter der kostenlosen Telefonnummer **0800 400 10 50**. Ihr Anruf wird dort anonymisiert entgegengenommen. Am Telefon sitzen Fachleute aus den Bereichen Psychologie, Sozialpädagogik und Medizin. Die Sprechzeiten sind montags von 8.00 Uhr bis 14.00 Uhr, dienstags, mittwochs und freitags von 16.00 Uhr bis 22.00 Uhr sowie sonntags von 14.00 Uhr bis 20.00 Uhr.

Wenn Sie Unterstützung zur psychischen Aufarbeitung und Bewältigung des sexuellen Missbrauchs und seiner Folgen suchen, können Sie sich an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Beratungsstellen wenden. Bei dieser Suche sind Ihnen die Beraterinnen und Berater des WEISSEN RINGS im Rahmen Ihrer Lotsenfunktion behilflich. Es gibt auch spezialisierte Fachberatungsstellen mit entsprechenden Beratungsangeboten, an die Sie sich bei Bedarf wenden können. Wenn Sie wissen möchten, welche Fachberatungsstellen es in Ihrer Nähe gibt, helfen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der telefonischen Anlaufstelle des Fonds sexueller Missbrauch Ihnen unter der oben genannten kostenlosen Telefonnummer **0800 400 10 50** weiter.

## D) Keine Auswirkungen auf finanzielle Entschädigungen

Die Leistungen des Fonds haben keinen Einfluss auf finanzielle Entschädigungen für das erlittene Unrecht. Die Leistungen aus dem „Fonds Sexueller Missbrauch“ sollen den Betroffenen konkrete Hilfen in Form von Sachleistungen ermöglichen. Finanzielle Entschädigungen für das erlittene Unrecht - sogenanntes „Schmerzensgeld“ - sind hiervon nicht erfasst. Hierfür können nur die unmittelbar verantwortlichen Täter oder Täterinnen bzw. die

Institution/die Einrichtung, in deren Verantwortungsbereich der Missbrauch geschah, in Anspruch genommen werden..

## E) Freiwillige Leistungen ohne Anerkennung einer Rechtspflicht

Die unter Ziffer 4 dieses Antrags aufgeführten Leistungen sind freiwillige Leistungen, die ohne Anerkennung einer Rechtspflicht gewährt werden. Auch können aus der Gewährung dieser freiwilligen Leistung keine Rechtsansprüche hergeleitet werden. Wir bitten Sie ebenfalls zu beachten, dass Leistungen des Hilfesystems und die damit verbundene Anerkennung darüber, dass ein sexueller Missbrauch stattfand, nur nach den Regeln dieses Hilfesystems erfolgt. Diese Regeln sehen keinen rechtlichen Nachweis vor und sind mit einem gerichtlichen Verfahren NICHT zu vergleichen. Leistungen des Hilfesystems bedeuten daher nicht, dass die Täterschaft einer bestimmten Person festgestellt wurde.

Um nicht Gefahr zu laufen, sich unter Umständen wegen übler Nachrede, Beleidigung und Verleumdung strafbar zu machen, empfehlen wir Ihnen, sofern Sie die Absicht haben, die Täterin oder den Täter anderen gegenüber zu benennen, sich vorher anwaltlich beraten lassen.

### 1. Angaben zur betroffenen Person

#### 1.1 Personenbezogene Daten

(diese Angaben sind - sofern nicht als freiwillig gekennzeichnet - zwingend notwendig, um Ihren Antrag zu bearbeiten)

Frau  Herr

Name und Vorname

Denef, Norbert

Geburtsname (bitte immer angeben)

Straße und Hausnummer

Schulstr. 2 b

PLZ und Ort

23683 Scharbeutz

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

05.05.1949

Telefonnummer (freiwillig)

04503 892782

E-Mail (freiwillig)

#### 1.2 Weitere personenbezogene Daten

(Sie müssen nicht alle Fragen hierzu beantworten, wenn es Ihnen nicht möglich ist)

Schulabschluss

Aktuelle Lebenssituation (z.B. Beruf, Ausbildung, Studium)

Familienstand

Im Folgenden bitten wir Sie, soweit Sie sich erinnern können und es Ihnen möglich ist, Angaben zu dem erlittenen sexuellen Missbrauch und den noch bestehenden Beeinträchtigungen zu machen.

### 2. Angaben zum sexuellen Missbrauch:

(Sie müssen nicht alle Fragen hierzu beantworten, wenn es Ihnen nicht möglich ist)

Es kann für Sie sehr belastend sein, Angaben zu dem erlittenen sexuellen Missbrauch zu machen. Wir empfehlen Ihnen, sich für die Antragstellung an die Anlauf- und Beratungsstellen des WEISSEN RINGS zu wenden. Nachfolgend werden nur Fragen gestellt, die für die Bearbeitung des Antrags erforderlich sind. Sofern Sie über Unterlagen verfügen, die für die Bearbeitung Ihres Antrags hilfreich sein können, fügen Sie diese bitte bei. Solche Unterlagen können beispielsweise sein:

- Unterlagen aus einem straf-, sozial- oder zivilrechtlichen Verfahren
- Psychotherapeutische/ ärztliche Bescheinigungen über die Behandlung wegen seelischer/ körperlicher Folgen des sexuellen Missbrauches

## 2.1 Angaben zur Tatzeit

Leistungen können nur gewährt werden, wenn der sexuelle Missbrauch zwischen dem 23. Mai 1949 (auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland) bzw. dem 7. Oktober 1949 (auf dem Gebiet der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik) und dem künftigen Inkrafttreten (voraussichtlich Juni 2013) des Gesetzes zur Stärkung der Rechte von Opfern sexuellen Missbrauchs (StORMG) stattgefunden hat und Sie zum Tatzeitpunkt minderjährig waren.

Hat der sexuelle Missbrauch zwischen dem 23. Mai 1949 und dem Inkrafttreten des StORMG (voraussichtlich Juni 2013) auf dem Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland stattgefunden? Bei mehrfachem Missbrauch, der teilweise außerhalb dieses Zeitraums stattgefunden hat, können Sie die Frage mit Ja beantworten.

Nein  Ja

Hat die Tat zwischen dem 7. Oktober 1949 und dem 3. Oktober 1990 auf dem Staatsgebiet der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik stattgefunden? Bei mehrfachem Missbrauch, der teilweise außerhalb dieses Zeitraums stattgefunden hat, können Sie die Frage mit Ja beantworten.

Nein  Ja

Waren Sie zu dem/ einem Tatzeitpunkt minderjährig (bitte Ausfüllhilfe beachten)? Bei mehrfachem Missbrauch über die Zeit der Minderjährigkeit hinaus, können Sie die Frage mit Ja beantworten.

Nein  Ja

## 2.2 Angaben zu den Tatumständen

### 2.2.1 Familiärer Bereich

Wurde der sexuelle Missbrauch durch eine oder mehrere Personen aus dem familiären Bereich begangen?

Nein  Ja

Waren Sie zu dem/ einem Tatzeitpunkt jünger als 14 Jahre?

Nein  Ja

Waren Sie zu dem/ einem Tatzeitpunkt jünger als 16 Jahre?

Nein  Ja

Welche familiäre Beziehung bestand zu der Person/ den Personen?

Bitte nennen Sie - soweit möglich - einen ungefähren Zeitraum, in dem der (möglicherweise mehrfache) sexuelle Missbrauch erfolgt ist:

Beschreiben Sie bitte das Beziehungsverhältnis zu dieser Person (z.B. Erziehungsberechtigter, beaufsichtigende Person):

Bestand für Sie aus heutiger Sicht damals ein Abhängigkeits- und Machtverhältnis zu dieser Person?

Nein  Ja

Raum für weitere Erklärungen (ggf. ein gesondertes Blatt verwenden)

### 2.2.2 Institutioneller Bereich

Wurde der sexuelle Missbrauch in einer oder mehreren Institution/en oder Einrichtung/en (z.B. Schule, Sportverein, Kita, Jugendverband) bzw. durch eine/n oder mehrere Mitarbeitende einer Institution oder Einrichtung begangen?

Nein  Ja

Waren Sie zu dem/ einem Tatzeitpunkt jünger als 14 Jahre?

Nein  Ja

Waren Sie zu dem/ einem Tatzeitpunkt jünger als 16 Jahre?

Nein  Ja

Name und Adresse der Institution/ en oder Einrichtung/en:

Zeitraum, in dem Sie die Institution/en oder Einrichtung/en besucht haben bzw. ihr zur Erziehung, Ausbildung, Beaufsichtigung oder Betreuung anvertraut waren:

Bitte nennen Sie - soweit möglich - einen ungefähren Zeitraum, in dem der sexuelle Missbrauch erfolgt ist:

Der Täter/ die Täterin war (wenn es sich um mehrere Personen handelte, nutzen Sie bitte die Leerzeilen):

a)  ein Mitarbeiter/ eine Mitarbeiterin der Einrichtung

Welche Funktion hatte der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin in der Institution oder Einrichtung?

Waren Sie dieser Person zur Erziehung, Ausbildung, Beaufsichtigung oder Betreuung anvertraut?

Nein  Ja

b)  ein Jugendlicher/ eine Jugendliche, der/ die diese Einrichtung ebenfalls besuchte (z.B. Mitschüler)

c)  eine andere Person

Können Sie sich an den Namen des Täters/ der Täterin erinnern?

Nein  Ja

Bitte benennen Sie den Namen, sofern es Ihnen möglich ist:

Der Missbrauch fand statt (Mehrfachnennung möglich):

- a)  in den Räumlichkeiten der Einrichtung
- b)  bei einer Veranstaltung der Einrichtung (z.B. Klassenfahrt, Jugendfreizeit), nämlich

- c)  in der Wohnung des Täters/ der Täterin
- d)  in der elterlichen Wohnung
- e)  an einem anderen Ort, nämlich:

Raum für weitere Erklärungen (ggf. ein gesondertes Blatt verwenden)

### 2.3 Tathergang

Sie müssen nicht alle Angaben hierzu machen, wenn es Ihnen nicht möglich ist.

Es kann für Sie sehr belastend sein, Angaben zu dem erlittenen sexuellen Missbrauch zu machen. Wir empfehlen Ihnen, sich für die Antragstellung an die Anlauf- und Beratungsstellen des WEISSEN RINGS zu wenden. Nachfolgend werden nur Angaben erbeten, die für die Bearbeitung des Antrags erforderlich sind.

Sofern der Tathergang in einem Straf- oder Zivilverfahren oder in einem sozialrechtlichen Verfahren (z.B. nach dem Opferentschädigungsgesetz) bereits aktenkundig geworden ist, reicht es aus, wenn Sie die Ihnen vorliegenden, relevanten Unterlagen mit dem dazugehörigen Aktenzeichen in Kopie beifügen.

Falls der Tathergang bisher nicht in einem der vorgenannten Verfahren aktenkundig gemacht wurde, bitten wir Sie, anzukreuzen, was Ihnen angetan wurde. Dies unabhängig davon, ob die Taten einmalig oder wiederholt stattfanden. Wenn es sich um verschiedene Täter bzw. Täterinnen handelt, geben Sie bitte auch an, ob diese der gleichen Institution oder Einrichtung angehörten oder nicht. Mehrfachnennungen sind im Folgenden möglich.

Jemand hat:

- a)  sein Geschlechtsteil vor mir entblößt,
- b)  sich vor meinen Augen selbst befriedigt,
- c)  mir pornografische Darstellungen gezeigt,
- d)  mich dazu gebracht, bei sexuellen Handlungen zuzusehen.

e)

Jemand hat mich zu sexuellen Handlungen benutzt:

- a)  indem er auf mich eingewirkt hat, dass ich an ihm eine sexuelle Handlung vornehme,
- b)  indem er an mir eine sexuelle Handlung vorgenommen hat,
- c)  indem er auf mich eingewirkt hat, dass ich an einem Dritten eine sexuelle Handlung vornehme,
- d)  indem er auf mich eingewirkt hat, dass ich von einem Dritten an mir eine sexuelle Handlung vornehmen lasse,
- e)  an dem sexuellen Missbrauch waren mehrere Täterinnen/ Täter beteiligt.

f)

Jemand hat mich zu sexuellen Handlungen und/ oder zum Zusehen bei sexuellen Handlungen gezwungen:

- a)  durch Gewalt,
- b)  durch Drohung mit Gefahr für mein Leben oder meine Gesundheit,
- c)  durch Ausnutzung meiner Schutzlosigkeit.

d)

Jemand hat den sexuellen Missbrauch:

- a)  fotografiert oder gefilmt,
- b)  die Aufnahmen (z.B. im Internet) verbreitet oder mir mit der Verbreitung gedroht.

c)

Wenn Sie möchten, können Sie freiwillig noch weitere Angaben machen (bitte schildern Sie die Tat in Grundzügen, wenn es Ihnen möglich ist. Sie können hierzu auch ein gesondertes Blatt verwenden):

### 3. Beeinträchtigungen/ Folgen des sexuellen Missbrauchs

(Sie müssen nicht alle Fragen hierzu beantworten, wenn es Ihnen nicht möglich ist; Mehrfachnennung möglich)

Leiden Sie noch heute unter Gesundheitsproblemen oder anderen Beeinträchtigungen, die Sie auf den erlittenen sexuellen Missbrauch (zumindest teilweise) zurückführen?

Nein

Ja

Wenn ja, zu welchen:

#### 3.1. Seelische Beeinträchtigungen

- a)  Vertrauensverlust und verstärktes Misstrauen
- b)  Existenzangst, Lebensangst, komplexe Angststörung
- c)  Depressionen (anhaltende Niedergeschlagenheit)
- d)  Gefühle der inneren Leere, fehlender innerer Halt
- e)  Schlafstörungen
- f)  Identitätsproblem (ich bin verunsichert in der Rolle als Mann, Frau, Vater, Mutter oder im Beruf)
- g)  Wahrnehmungs-, Kontakt- und Kommunikationsstörungen
- h)  mangelnde Konfliktfähigkeit
- i)  Rückzugsverhalten (in sozialen Situationen und Beziehungen, Meidung bestimmter Orte, Tätigkeiten und Personen)
- j)  Minderung emotionaler Erlebnisfähigkeit (ich fühle wenig, bin manchmal hart)
- k)  Bindungsstörung bis zur Bindungsunfähigkeit
- l)  Gedächtnisstörungen
- m)  zwanghaftes Verhalten/ Denken (manchmal muss ich etwas Bestimmtes immer wieder tun, manchmal werde ich von quälenden Gedanken geplagt)
- n)  sexuelle Beeinträchtigungen/ Probleme

- o)  Verbitterungs- und/ oder Hassgefühle (ich fühle Resignation, meine Hoffnungslosigkeit schlägt um in Wut)
- p)  aggressives Verhalten gegen andere und/ oder gegen sich selbst
- q)  Selbstvernachlässigung, Probleme mit der Gesundheitsfürsorge
- r)  Verweigerung oder Vermeidung von Arztbesuchen und Medikamenteneinnahme
- s)  Dissoziationen (Ich stehe plötzlich neben mir oder fühle mich wie weg.)
- t)  Flashbacks (Mir schießen plötzlich Szenen in mein Bewusstsein, gegen die ich mich nicht wehren kann.)
- u)  Alpträume
- v)  Affektdurchbrüche (z.B. plötzliches Weinen, plötzliche Wut)
- w)  Suchterkrankung/ Suchtmittelmissbrauch
- x)  Konzentrationsstörungen
- y)  Beziehungsstörungen
- z)  Vermeidung körperlicher Nähe
- andere seelische Beeinträchtigungen

Waren Sie aufgrund der seelischen Beeinträchtigungen in psychotherapeutischer/ psychiatrischer Behandlung oder haben Sie eine Beratungsstelle aufgesucht?

- Nein       Ja. Bitte legen Sie eine Bescheinigung über Art und Dauer einer psychotherapeutischen/ psychiatrischen Behandlung oder der Beratungsstelle bei.

**3.2 Körperliche Beeinträchtigungen (auch psychosomatische)**

- a)  Infektionen
- b)  Schmerzen und Schmerzerkrankungen ( auch unbestimmter Art)
- c)  Narben
- d)  Verletzungen
- e)  andere körperliche Beeinträchtigungen

Waren Sie aufgrund der körperlichen Beeinträchtigungen in medizinischer Behandlung?

- Nein       Ja. Bitte legen Sie eine ärztliche Bescheinigung über Art und Dauer der Behandlung bei.



### **3.3 Andere Probleme und Beeinträchtigungen:**

- a)  frühzeitige Erwerbsunfähigkeit
- b)  fehlende bzw. geringe Schulbildung
- c)  fehlender Schulabschluss
- d)  fehlende Ausbildung in anerkannten Berufen
- e)  keine bzw. geringe Integration auf dem Arbeitsmarkt (Grundsicherung)
- f)  wenig Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe
- g)  Schulschwierigkeiten
- h)  Arbeitsstörungen
- sonstige Probleme oder Beeinträchtigungen:

Liegen Ihnen Unterlagen vor, die als Nachweis für die oben gemachten Angaben dienen könnten?

- Nein                       Ja. Bitte legen Sie die Unterlagen bei.

### **4. Gewünschte Unterstützung**

Sie können mehrere gewünschte Hilfen ankreuzen. Bitte beachten Sie, dass die Gesamtsumme aller gewünschten Hilfen 10.000 Euro nicht überschreiten darf (zu Mehraufwänden behinderter Menschen siehe Ausfüllhilfe).

- a)  psychotherapeutische Hilfen  
Beschreibung (inkl. Kosteneinschätzung soweit möglich)

- b)  Hilfe bei der Beschaffung von Heil- und Hilfsmitteln  
Beschreibung (inkl. Kosteneinschätzung soweit möglich)

- c)  Übernahme von Kosten zur individuellen Aufarbeitung des sexuellen Missbrauchs  
Beschreibung (inkl. Kosteneinschätzung soweit möglich)

d)  Unterstützung beim Umgang mit Behörden/ Gerichten

Beschreibung (inkl. Kosteneinschätzung soweit möglich)

e)  Unterstützung von Weiterbildungs- und Qualifikationsmaßnahmen

Beschreibung (inkl. Kosteneinschätzung soweit möglich)

f)  Sonstige Unterstützung in besonderen Härtefällen

Beschreibung (inkl. Kosteneinschätzung soweit möglich)

Welche gewünschte Hilfeleistung ist für Sie am wichtigsten?

- 4 a
- 4 b
- 4 c
- 4 d
- 4 e
- 4 f

## 5. Vorrang rechtlicher Ansprüche

Der Fonds Sexueller Missbrauch soll das bestehende System der sozialrechtlichen Leistungsträger (z.B. gesetzliche und private Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz bzw. private Versicherungen) nicht entlasten sondern ergänzen. Daher können Hilfen aus dem Fonds Sexueller Missbrauch nur finanziert werden, wenn die gewünschte Unterstützung nicht von dem sozialrechtlichen System geleistet wird. In Ausnahmefällen kann der Fonds Sexueller Missbrauch auch in Vorleistung treten.

Auch zivilrechtliche Ansprüche gegen die verantwortliche Organisation, den Täter oder die Täterin haben Vorrang vor den Leistungen des Fonds Sexueller Missbrauch, sofern ihre gerichtliche Durchsetzung möglich und zumutbar ist.

### 5.1 Sozialrechtliche Ansprüche

Haben Sie versucht, die gewünschte Unterstützung gegenüber den sozialrechtlichen Leistungsträgern bzw. ggf. gegenüber Ihrer privaten Versicherung geltend zu machen?

a)  Nein

Begründung (z.B.: naher Angehöriger, Verjährung, Tod des/ der Täters/ in):

b)  Ja, nämlich (Mehrfachnennung möglich)

- Gesetzliche Krankenversicherung
- Private Krankenversicherung
- Unfallversicherung
- Opferentschädigungsgesetz
- andere, nämlich

Welche Leistungen haben Sie beantragt?

Mit welchem Ergebnis?

Ist das Verfahren abgeschlossen?

a)  Nein

Datum der Antragstellung/ Stand des Verfahrens:

- Ich beantrage Vorleistungen aus dem Fonds Sexueller Missbrauch. Ich stimme damit zu, dass die Zahlung des sozialrechtlichen Leistungsträgers bis zur Höhe der Vorleistung unmittelbar an den Fonds Sexueller Missbrauch erfolgt und dass dies dem sozialrechtlichen Leistungsträger in Form einer Erstattungsanzeige mitgeteilt wird.

Begründung, warum Sie nicht auf die Entscheidung des sozialrechtlichen Leistungsträgers warten können:

b)  Ja

Datum der Entscheidung:

## 5.2 Zivilrechtliche Ansprüche

Haben Sie wegen des sexuellen Missbrauchs zivilrechtliche Schadensersatzansprüche geltend gemacht?

a)  Nein

Begründung (z.B. naher Angehöriger, Verjährung, Tod des/ der Täters/ in):

b)  Ja

Welche Ansprüche?

Gegen wen wurden die Ansprüche geltend gemacht?

Mit welchem Ergebnis?

Wurde gerichtlich vorgegangen?

Nein

Ja

Ist das Verfahren abgeschlossen?

Nein

Datum der Klageerhebung /Stand des Verfahrens:

Ja

Datum der gerichtlichen Entscheidung:

**Sofern Anträge und/ oder Entscheidungen aus sozial- und/ oder zivilrechtlichen Verfahren vorliegen, bitten wir Sie, diese beizulegen.**

Ort, Datum

Unterschrift Betroffene/ Betroffener

Ggf. Unterschrift Beraterin/ Berater

Ich möchte, dass die Antwort auf meinen Antrag oder Nachfragen über meine Beraterin/ meinen Berater erfolgt.

Name und Kontaktdaten meiner Beraterin-/ meines Beraters

## **6. Wichtiger datenschutzrechtlicher Hinweis und Einwilligungserklärung**

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten **beruht auf Ihrer Einwilligung, die Ihrer freien Entscheidung vorbehalten bleibt.** Dies gilt insbesondere auch für die besonders sensiblen Daten zu dem von Ihnen erlittenen sexuellen Missbrauch. **Sie sind nicht verpflichtet, Angaben zu machen.**

Die **Datenerhebung** erfolgt **ausschließlich** zu dem **Zweck**, anhand der persönlichen Einzelangaben sachgerecht über die eingehende Anträge auf Leistungen aus dem Fonds sexueller Missbrauch entscheiden zu können. Es werden nur solche Daten erhoben, die für die Entscheidung über die Hilfen unbedingt erforderlich sind.

**Jede andere Verwendung und Nutzung der hier erhobenen Daten ist ausgeschlossen.**

Alle Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes werden eingehalten.

Erklären Sie bitte ausdrücklich schriftlich Ihre Einwilligung mit der Erhebung und Verwendung Ihrer persönlichen - auch sehr sensiblen Daten zu dem sexuellen Missbrauch. **Ohne Einwilligung kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden.**

Sie können Ihre bei dieser Abfrage angegebenen Daten jederzeit löschen lassen.

Bitte bedenken Sie, dass von Ihnen nicht mitgeteilte (oder gelöschte) Einzelangaben bei der Entscheidung über die Hilfen nicht berücksichtigt werden können. Dies kann zur Folge haben, dass Leistungen ggf. nicht oder nicht in dem erwünschten Umfang bewilligt werden können.

## **7. Einwilligungserklärung** (von Betroffener/ Betroffenenem auszufüllen)

Name und Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Sofern der sexuelle Missbrauch in einer Einrichtung bzw. durch einen Mitarbeiter / eine Mitarbeiterin einer Einrichtung begangen wurde:

Ich stimme zu, dass mein Name und mein Geburtsdatum sowie die Angaben unter Ziffer 2 der Einrichtung zur Stellungnahme zugesandt werden.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine persönlichen Angaben im Rahmen des Antrags auf Leistungen aus dem Fonds Sexueller Missbrauch zur Entscheidung über die Hilfen erhoben und verwendet werden können. Dies betrifft auch die besonders sensiblen Angaben zu dem sexuellen Missbrauch (sog. besondere Arten personenbezogener Daten i.S.d. § 3 Abs. 9 Bundesdatenschutzgesetz).

Jede andere Verwendung und Nutzung der hier erhobenen Daten ist ausgeschlossen.

Diese Einwilligung kann ich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Vor Ende des Antragsverfahrens führt ein Widerruf dazu, dass eine Entscheidung über die Hilfen nicht getroffen werden kann. Nach einem etwaigen Leistungserhalt kann die Einwilligung zur Erhebung und Verwendung der persönlichen Angaben nicht widerrufen werden.

Ich stimme zu, dass einzelne Angaben in anonymisierter Form für Forschungszwecke verwendet werden. Niemand kann aus den Ergebnissen Rückschlüsse auf eine einzelne Person ziehen

Die erhobenen Daten werden gelöscht, wenn ihre Kenntnis für die Geschäftsstelle zur Erfüllung der in ihrer Zuständigkeit liegenden Aufgaben nicht mehr erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift Betroffene/ Betroffener