



Antrag

auf ergänzende Hilfeleistungen, in Anerkennung des Leides, das Opfern sexuellen Missbrauchs in Gemeinden und Einrichtungen der EKM (zum Tatzeitpunkt: Evangelische Kirche der Kirchenprovinz Sachsen und evangelisch-lutherische Kirche Thüringen) zugefügt wurde.

Bitte lesen Sie vor dem Ausfüllen dieses Antrags die Informationen mit den allgemeinen Hinweisen zu Unterstützungs- und Hilfeleistungen und beachten Sie die daraus notwendig folgenden Konsequenzen.

(Link zu 2. Unterstützungs- und Hilfeleistungen)

Um einschätzen zu können, ob Sie leistungsberechtigt sind und um über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir Ihre Angaben.

Wir bitten Sie deshalb, die nachstehenden Fragen sorgfältig, gut lesbar und möglichst vollständig zu beantworten. Je genauer Ihre Angaben sind, desto leichter wird es, Ihren Antrag zeitnah zu bearbeiten.

Sollten die Seiten des Antragsformulars für Ihre Angaben nicht ausreichen, benutzen Sie bitte Zusatzblätter, und sollten Sie manche Angaben nicht wissen, lassen Sie die entsprechenden Felder frei.

Es ist sowohl für das Ausfüllen des Antrags als auch für den Genehmigungsprozess hilfreich, wenn Sie eine Vertrauensperson (wenn möglich, nicht aus dem familiären Umfeld) an Ihrer Seite haben, die Sie auch im Entscheidungsgremium vertritt.

Sie können für die Antragstellung Beratung in Anspruch nehmen bei:

Thea Ilse

Mobil +49171 5423438

thea.ilse@freenet.de

Den Antrag senden Sie bitte an:

Landeskirchenamt der Evangelischen Kirche in Mitteldeutschland

z.Hd. KRin Bettina Mühlig

persönlich/vertraulich

Michaelisstraße 39

99084 Erfurt

Antrag auf Hilfeleistungen

1. Angaben zur Person:

Bitte fügen Sie dem Antrag die Kopie eines gültigen Ausweisdokuments bei.

Name, (Geburtsname), Vorname

Geburtsdatum

Adresse (Straße und Hausnummer)

Adresse (Wohnort und Postleitzahl)

--

Telefon	E-Mail-Adresse

2. Angaben zur Vertrauensperson:

Name und Vorname

Geburtsdatum

Adresse (Straße und Hausnummer)

Adresse (Wohnort und Postleitzahl)

Telefon	E-Mail-Adresse
---------	----------------

3. Angaben zum Täter/zur Täterin

(Bei mehreren Tätern/Täterinnen bitte entsprechend mehrfach ausfüllen. Sie können hierfür ein Zusatzblatt verwenden.)

Name:

Beruf/Arbeitsstelle zum Tatzeitpunkt:

Wohnort/Arbeitsort (wenn vom Wohnort abweichend) damals:

4. Angaben zum Tathergang:

In welcher Stadt, in welchem Dorf ereignete sich die Tat?

Wo ereignete sich die Tat? Bitte ankreuzen, ggf. ergänzen:
--

- in einem Gebäude der Kirchgemeinde
- in der Kirche, bzw. einem Raum in der Kirche (z.B. Sakristei)
- in der Wohnung des Täters/der Täterin
- in der Wohnung des Opfers
- in einem anderen öffentlichen Raum

Wann, in welchem Zeitraum ereignete(n) sich die Tat(en)?

Wie alt waren Sie damals?

Bitte schildern Sie die Umstände und den Hergang der Tat(en). Sie können ein Zusatzblatt verwenden.

- Versetzung des Täters/der Täterin in eine Tätigkeit, in der er/sie weiterhin Kontakt mit Kindern und Jugendlichen hatte
- Dienst- oder arbeitsrechtliche Sanktionen (Disziplinarverfahren, Abmahnung, Kündigung)
- Strafanzeige bei der Polizei oder der Staatsanwaltschaft

Andere Reaktionen? (Sie können ein Zusatzblatt verwenden.)

5.3 andere Fälle

Gab es Ihres Wissens in der Kirchengemeinde oder in der Einrichtung vor Ihrem Fall oder zur gleichen Zeit oder danach noch andere Fälle sexualisierter Gewalt?

- Nein
- Ja

Wenn ja, welche? (Sie können ein Zusatzblatt verwenden.)

6. Bereits enthaltene oder beantragte Leistungen:

6.1 Leistungen kirchlicher Stellen

Haben Sie wegen der Folgen des sexuellen Missbrauchs bei kirchlichen Stellen bereits Ansprüche geltend gemacht?

- Nein
- Ja

Wenn ja, nennen Sie bitte Zeit, Stelle bzw. Namen der Personen, an die Sie sich gewandt haben. Bitte Schriftwechsel – so vorhanden – beilegen. (Sie können ein Zusatzblatt verwenden)

Hat diese oder eine andere kirchliche Stelle bereits Leistungen erbracht?

- Nein
- Ja

Wenn ja, welche und in welcher Höhe?

6.2 Leistungen anderer Stellen

Haben Sie wegen der Folgen der Ihnen widerfahrenen sexualisierten o.a. Gewalt bei nicht-kirchlichen Stellen (z.B. Fond Heimerziehung) bereits Ansprüche geltend gemacht?

- Nein

- Ja

Wenn ja, welche und in welcher Höhe?

Hat diese Stelle bereits Leistungen erbracht?

- Nein
- Ja

Wenn ja, welche und in welcher Höhe?

6.3 Leistungen des Täters/der Täterin

Haben Sie Schadensersatzansprüche oder Schmerzensgeldansprüche dem Täter/der Täterin gegenüber geltend gemacht?

- Nein
- Ja

Wenn ja, welche und in welcher Höhe?

Hat der Täter/die Täterin Leistungen an Sie erbracht?

- Nein
- Ja

Wenn ja, welche und in welcher Höhe?

6.4 Gerichtsverfahren

War/en oder ist/sind die oben beschriebene/n Tat/en Gegenstand eines zivil- oder strafrechtlichen Verfahrens?

- Nein
- Ja

Wenn ja, nennen Sie bitte:

das Gericht,
das Aktenzeichen,
den Wortlaut der Anklage bzw. die Höhe der geltend gemachten Forderungen.
Sofern bereits eine Gerichtsentscheidung vorliegt, fügen Sie diese bitte in Kopie ihrem Antrag bei. (Sie können ein Zusatzblatt verwenden.)

7. ergänzende Hilfeleistungen:

Welche Art materieller Hilfeleistungen benötigen Sie? (siehe Merkblatt)

Aus welchen Gründen zahlen die primären Hilfesysteme (z.B. Krankenkassen) nicht mehr?

Was ist das Ziel der beantragten Hilfeleistung?

Ihre Kontoverbindung:

Name des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin:
Kontonummer:
BLZ:
Kreditinstitut:

Versicherung an Eides statt:

Ich versichere an Eides Statt, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen können.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellenden

Einverständniserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich ggf. als Zeuge/Zeugin gehört bzw. befragt werde.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellenden