

Antragsformular des unabhängigen Anerkennungsremiums im Aufarbeitungsprozess Sexualisierte Gewalt und Misshandlung in einer ehemaligen Einrichtung des Paritätischen in Bayern

Antrag auf Leistungen zur Anerkennung des zugefügten Leids

Mit zugefügtem Leid meinen wir:

- körperliche Gewalt, z.B. durch Betreuungspersonal oder andere Kinder und Jugendliche,
- psychische Gewalt, z.B. durch Demütigung, nicht-selbst-bestimmen-können, abwertende Bezeichnungen, Beschimpfungen, Beleidigungen, Miterleben belastender Situationen,
- sexualisierte Gewalt, z.B. durch Betreuungspersonal oder andere Kinder und Jugendliche,
- Verweigerung von Schul- und Ausbildung, der Arbeitsleistung, z.B. Arbeit ohne Lohn,
- Verweigerung der gesundheitlichen Versorgung und Ernährung, z.B. Mangelernährung, Schlafentzug.

Allgemeine Hinweise

Zur Feststellung Ihrer Berechtigung zum Bezug von Leistungen sind wir auf Ihre Angaben angewiesen. Sie werden deshalb gebeten, die nachstehenden Fragen sorgfältig und in gut lesbarer Schrift auszufüllen sowie die erforderlichen Erklärungen abzugeben.

Sollte der Platz in den Formularfeldern nicht ausreichen, reichen Sie bitte weiteren Text auf einem zusätzlichen Blatt mit dem Antragsformular ein.

Falls Sie Unterstützung beim Ausfüllen des Bogens wünschen, stehen Ihnen die Mitarbeiter*innen der Ombudsstelle (Kontakt- und Anlaufstelle) gerne zur Verfügung.

Schicken Sie den Bogen, wenn Sie ihn ausgefüllt haben, bitte an die Ombudsstelle, die diesen dann an das Anerkennungsremium zur Bearbeitung des Antrags weiterleiten wird.

Ombudsstelle für Betroffene von sexualisierter Gewalt und Misshandlung in einer ehemaligen Einrichtung des Paritätischen in Bayern

Sophie von Bechtolsheim Jörg Puls
0160 5535226 0177 7961855
Email: ombud@aufarbeitung-paritaet.de

Postalische Adresse:

Jörg Puls - Sophie von Bechtolsheim
Institut für vitale Kommunikation
Keckertweg 3
82362 Weilheim

I. Angaben zu Ihrer Person

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

Name (ggf. Geburtsname), Vorname

Geburtsdatum

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

II. Angaben zu Tat/Taten

Bitte schildern Sie die sexualisierte Gewalt bzw. Misshandlung, die Ihnen angetan wurde, hinsichtlich Häufigkeit und Intensität (Ausmaß, Häufigkeit des erfahrenen Leids). Ihr Bericht bildet die Grundlage für die Entscheidung über die Höhe der Anerkennungsleistung.

1. Täter*innen

Bitte geben Sie den Namen der Täter*innen und deren Funktion zur Tatzeit an, soweit Ihnen das bekannt ist.

Name, Vorname

Funktion der Täter* innen zur Tatzeit

2. Tatorte

Soweit Sie sich erinnern können, beschreiben Sie gegebenenfalls den genauen Tatort.

Beschreibung des Tatortes:

3. Tathergang

Bitte schildern Sie möglichst umfassend die Tat oder Taten der sexualisierten Gewalt bzw. der Misshandlung, die Ihnen angetan wurde. Ihre Schilderungen zum Zeitraum und der Intensität (Ausmaß, Häufigkeit des erfahrenen Leids) sind wesentlich für die Höhe der Anerkennungsleistung. Sie können diesem Antrag ein Beiblatt beifügen, wenn der vorgesehene Bereich nicht ausreicht. Sollten bereits Protokolle oder Berichte zu der Tat oder den Taten existieren, können Sie diese Dokumente dem Antrag beifügen und auf diese verweisen.

4. Umgang mit der sexualisierten Gewalt bzw. der Misshandlung

Hat der Täter/die Täterin, haben vorgesetzte Stellen oder hat Ihr Umfeld im Anschluss an die sexualisierte Gewalt bzw. die Misshandlung, die Sie minderjährig erfahren mussten, Druck auf Sie ausgeübt, keine Anzeige oder Mitteilung an vorgesetzte Stellen oder an Dritte zu erstatten?

Wurde entsprechender Druck auf andere Personen ausgeübt?

- nein
- ja (bitte benennen Sie in diesem Fall Namen und Funktion dieser Stelle, falls bekannt).

5. Folgen der Tat

Sexualisierte Gewalt und Misshandlung, die Sie minderjährig erfahren mussten, können besonders schwerwiegende Folgen in verschiedenen Lebensbereichen mit sich bringen. Dies können Folgen sein, die sich unmittelbar nach der Tat/den Taten zeigen; die Folgen können jedoch auch noch Jahrzehnte nach der Tat/den Taten auftreten. Ihre Angaben dienen ebenfalls zur Ermittlung der Leistungshöhe. Bitte antworten Sie daher auf die folgenden Fragen so gut es Ihnen möglich ist.

Welche physischen und/oder psychischen Folgen hatte die sexualisierte Gewalt bzw. Misshandlung, die Sie minderjährig erfahren mussten, für Sie?

Sind diese Beeinträchtigungen bis heute gegeben?

- nein
- ja (bitte erläutern)

Fühlen Sie sich durch die Folgen der sexualisierten Gewalt bzw. Misshandlung, die Sie minderjährig erfahren mussten, in Ihrem Privatleben oder in Ihrer Berufsausübung beeinträchtigt?

- nein
 - ja (bitte erläutern)
-

III: Angaben zu bereits erhaltenen oder beantragten Leistungen

1. Leistungen des Paritätischen Wohlfahrtsverbands, Landesverband Bayern e.V.

Haben Sie wegen der Folgen der sexualisierten Gewalt bzw. der Misshandlung, die Sie erfahren mussten, bereits Anerkennungsleistungen des Paritätischen Wohlfahrtsverbands, Landesverband Bayern e.V., erhalten?

- nein
 - ja (bitte Art und Höhe der Zahlung/en angeben)
-
-

Hinweis: bereits vom Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Bayern e.V., erhaltene Anerkennungsleistungen können angerechnet werden.

2. Wurden durch andere Stellen (z.B. Heimkinderfonds) Leistungen an Sie erbracht?

- nein
 - ja (Angabe zur Stelle, Höhe der Leistungen)
-

3. Leistungen der Täter* innen

Haben Sie bereits Schadenersatz- oder Schmerzensgeldansprüche gegenüber den Tätern*innen beantragt?

- nein
 - ja (in welcher Höhe?)
-

Haben die Täter*innen Leistungen an Sie erbracht?

- nein
 - ja (in welcher Höhe)
-

IV: Welche Form der Hilfe wünschen Sie?

Möglich ist die Zahlung von bis zu 50 Therapiestunden bei einer/m psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutin/Psychotherapeuten.

- Materielle Leistung in Anerkennung des Leids
- Erstattung von Therapiekosten

Bei Beantragung der Erstattung der Kosten für Psychotherapie fügen Sie dem Antrag bitte außerdem folgende Unterlagen bei:

- Behandlungsplan einer/eines psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutin/Psychotherapeuten;
- bei gewünschter Psychotherapie den Nachweis, dass Ihre Krankenkasse oder ein anderer Kostenträger die Kosten nicht übernimmt;
- ggf. Rechnung der/des Psychotherapeutin/Psychotherapeuten zum Nachweis der Durchführung einer Therapie.

V: Gerichtsverfahren

War oder ist die von Ihnen beschriebene sexualisierte Gewalt bzw. Misshandlung Gegenstand eines zivil- oder strafrechtlichen Verfahrens?

- nein
 - ja (bitte machen Sie Angaben zum Gericht, Aktenzeichen des Gerichtsverfahrens und zur Höhe der Forderung; sollte bereits eine Entscheidung des Gerichts vorliegen, ist diese dem Antrag beizufügen)
-

VI. Bankverbindung

Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung an, auf die wir eine mögliche Zahlung überweisen können.

Kontoinhaber*in

Kontonummer

IBAN

BIC

Geldinstitut

VII. 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 kein Rechtsanspruch auf Leistungen durch den Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Bayern e.V., besteht und dass die entsprechenden Entscheidungen nicht angreifbar/anfechtbar sind. Etwaige Leistungen erfolgen freiwillig und ohne Anerkennung einer Rechtspflicht. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Antragstellerin/des
Antragsstellers)

VIII. Beschwerdemöglichkeit

Gegen die Entscheidung des Anerkennungsgremiums kann innerhalb von sechs Monaten nach Zugang der Entscheidung Beschwerde eingelegt werden.

Bitte geben Sie hierzu das Aktenzeichen an und führen Sie die Gründe für Ihre Beschwerde auf.

IV. Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ihre Daten werden vertraulich behandelt. Diese Vertraulichkeit ist auch bei der zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Weitergabe an Dritte gewährleistet. Die Bearbeitung Ihres Antrags erfordert daher Ihre nachstehende Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Ich genehmige die Speicherung und Verarbeitung meiner Auskünfte sowie deren im Rahmen der Bearbeitung meines Antrags notwendigen Weitergabe an und Verarbeitung durch Dritte, die ihrerseits der Schweigepflicht unterliegen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Antragstellerin/
des Antragstellers)