|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | C:\Users\local_womelsdorfn\INetCache\Content.Outlook\0UY1B9XH\Logo_SfBdAv1D2020_Entwurf01.png | |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Antragsformular auf Gewährung von Leistungen der Stiftung** |  | Vorstand:  Dagmar Barzen  Dr. Bernd Kettern  Nina Womelsdorf  Rathaus | Zimmer 103  Am Augustinerhof  54290 Trier  Tel 0651 718-1200  Stiftung\_1Dezember2020@trier.de  **www.trier.de** |
|  |  |
| **Beschluss des Kuratoriums vom**  **20.12.2021** |  |
| 23.12.2021 |

Antrag auf Gewährung einer Entschädigung für Betroffene

der Amokfahrt 01. Dezember 2020

Ich bin Opfer der Amokfahrt am 01. Dezember 2020 und

habe einen nahen Angehörigen verloren

durch das Auto verletzt worden

habe durch die unmittelbaren Auswirkungen der Tat eine nachgewiesene psychische Traumatisierung erlitten

**Angaben zur Person**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Geburtsort)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Anschrift)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Telefon)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Mail-Adresse)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Beruf)

Bankverbindung

IBAN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BIC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Kontoinhaber)

**Angaben vertretungsberechtigte Person**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Anschrift)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Telefon)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Mail-Adresse)

Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht müssen den Antrag gemeinsam stellen.

Bei Betreuung bitte Kopie der Bestellungsurkunde beifügen.

Ebenso eine Kopie der Bevollmächtigung beifügen.

**Angaben zur Betroffenheit**

Ich habe folgende Verletzungen erlitten:

Hierdurch sind folgende dauerhafte Schädigungen eingetreten:

Ich habe durch die unmittelbaren Auswirkungen der Tat folgende nachgewiesene Traumatisierung erlitten:

Ich bin naher Angehöriger und habe folgende Person durch die Tat verloren:

**Billigkeitsentschädigung**

Es ist mir bewusst, dass kein Rechtsanspruch auf eine Leistung besteht und die Entscheidung des Kuratoriums der Stiftung für die Betroffenen der Amokfahrt 01. Dezember 2020 nach Billigkeitsgrundsätzen erfolgt.

**Personenbezogene Daten**

Mit der Auswertung von personenbezogenen und medizinischen Daten (Opferentschädigungsgesetz, Verkehrsopferhilfe, Versicherung, Klinik, Ärzte) erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zweck der Prüfung und Bescheidung dieses Antrages gespeichert werden..

Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen. Von den Richtlinien habe ich Kenntnis genommen. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben die Pflicht zur Rückerstattung der Entschädigung begründen können.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Unterschrift der/des Antragstellerin/Antragstellers)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Unterschrift Bevollmächtigter, bei Minderjährigen beide Eltern bei gemeinsamen Sorgerecht)