**Von den Ansprechpersonen auszufüllen:**

Name der Ansprechperson

Adresse der Ansprechperson

Eingangsdatum

Telefon / E-Mail

Antrags-Nr.

# Antrag

auf Leistungen in Anerkennung des Leids

**Allgemeine Hinweise**

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – möglichst in Maschinen- oder Blockschrift. Sollte der Vordruck für Ihre Angaben nicht ausreichen, benutzen Sie bitte Zusatzblätter.

Wenn Sie den Antrag ausfüllen, kann das für Sie eventuell sehr belastend sein, weil plötzlich die Erinnerungen und das damit verbundene Leid wieder spürbar werden können. Wir regen deshalb an, den Antrag im Beisein oder mit Hilfe der Ansprechpersonen oder einer vertrauten Person oder einer Therapeutin/eines Therapeuten auszufüllen.

Um Ihren Antrag individuell behandeln zu können, bitten wir Sie, den Antrag sorgfältig und möglichst vollständig auszufüllen. Ihre Angaben zu den Folgen der Tat und dem Tathergang sind vor allem für die Festsetzung der Höhe der materiellen Leistung oder für einen Antrag auf Kostenübernahme für eine Psychotherapie oder Paarberatung erforderlich.

Der Antrag ist zu stellen bei der Ansprechperson (frühere Bezeichnung: Missbrauchsbeauftragte/-r) der zuständigen kirchlichen Institution ((Erz-)Diözese, Orden oder Diözesan-Caritasverband). Eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit der Ansprechperson kann Ihnen helfen, unnötige Mehrfachschilderungen zu vermeiden.

## I. Angaben zu Ihrer Person

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

Name (ggf. Geburtsname), Vorname

Geburtsdatum

Adresse (Straße, Hausnummer)

Adresse (Postleitzahl, Wohnort)

Telefon

E-Mail

Hinweis: gem. Ziffer 10 Abs. (2) der Ordnung für das Verfahren zur Anerkennung des Leids besteht die Möglichkeit, dass sich die zuständige Institution zwecks Rückfragen mit Ihnen in Verbindung setzt. Bitte nennen Sie für diesen Fall die von Ihnen gewünschte Form der Kontaktaufnahme (Die Information über die Entscheidung erfolgt in jedem Fall per Post):

❑ Post ❑ Telefon ❑ E-Mail

## II. Angaben zur Tat

### 1. Täter/Täterin

Bitte tragen Sie den Namen des Täters/der Täterin und dessen/deren berufliche/institutionelle Bezeichnung (z. B. Pfarrer, Kaplan, Ordensperson, Erzieher/-in, Pfleger/-in) zum Zeitpunkt der Tat ein, soweit Ihnen diese bekannt sind.

Name, Vorname

Funktion des Täters/der Täterin zur Tatzeit

Ggf. Angabe von weiteren Tätern/Täterinnen

### 2. Tatort

Bitte benennen Sie die Institution, in deren Zusammenhang sich der Missbrauch ereignet hat (z. B.: Pfarrei, Schule, Internat, Kindertagesstätte, Krankenhaus, Kureinrichtung).

Bitte beschreiben Sie den genauen Tatort bzw. die Tatorte.

### 3. Tatzeit

Bitte benennen Sie die Tatzeit so genau wie möglich. Bitte machen Sie deutlich, wenn es sich um mehrfachen sexuellen Missbrauch des gleichen Täters / der gleichen Täterin bzw. mehrerer Täter/-innen handelt. Falls es sich um mehrere Taten handelt, können Sie auch den Zeitraum „von …. bis…“ angeben.

## 4. Tathergang

Bitte schildern Sie die Umstände und den Tathergang des sexuellen Missbrauchs möglichst genau. Sofern bereits eine schriftliche Darstellung (z. B. Gesprächsprotokoll, Unterlagen aus kirchlichen oder staatlichen Verfahren) vorliegt, aus dem sich der Tathergang vollständig ergibt oder diese ergänzt, kann hierauf verwiesen werden. Die Darstellung ist dem Antrag in Kopie beizufügen. Sollte Ihnen eine schriftliche Darstellung des Tathergangs nicht möglich sein oder Sie zu sehr belasten, wenden Sie sich bitte an die Ansprechperson.

## 5. Umgang mit dem Missbrauchsfall

Wurde von irgendjemandem auf Sie oder andere Druck ausgeübt, nicht über den sexuellen Missbrauch zu sprechen oder von einer Anzeige oder Mitteilung an Vorgesetzte oder andere Personen abzusehen?

☐ Nein

☐ Ja (Bitte benennen Sie diejenigen, die diesen Druck auf Sie ausübten, wenn Ihnen deren Namen und/oder Funktion bekannt sind.)

Haben Sie sich einem kirchlichen Mitarbeiter / einer kirchlichen Mitarbeiterin anvertraut?

☐ Nein

☐ Ja (Falls ja, zu welchem Zeitpunkt? Bitte beschreiben Sie zusätzlich die Reaktion dieser Person auf Ihre Schilderungen.)

## 6. Folgen der Tat

Falls Ihnen eine Angabe nicht möglich ist oder Sie zu sehr belastet, wenden Sie sich bitte an die Ansprechperson. Sofern bereits eine schriftliche Darstellung vorliegt, aus der sich die Folgen der Tat vollständig ergeben, kann hierauf verwiesen werden. Die Darstellung ist dem Antrag in Kopie beizufügen. Bitte fügen Sie, falls vorhanden, ärztliche Atteste oder Stellungnahmen hinzu, sofern Sie dies als hilfreich erachten.

Welche physischen und/oder psychischen Folgen hat bzw. hatte der sexuelle Missbrauch für Sie?

Sind diese Beeinträchtigungen heute noch gegeben?

☐ Nein
☐ Ja (Bitte erläutern)

Fühlen oder fühlten Sie sich durch die Folgen des sexuellen Missbrauchs, den Sie erfahren mussten, in Ihrem Privatleben oder in Ihrer Berufsausübung beeinträchtigt?

☐ Nein
☐ Ja (Bitte erläutern)

## III. Bereits erhaltene oder beantragte materielle Leistungen

### 1. Leistungen kirchlicher Stellen

Haben Sie wegen der Folgen des sexuellen Missbrauchs bereits Leistungen von kirchlichen Stellen (z. B. Bistum oder Orden oder der Caritas) beantragt oder erhalten?

☐ Nein

☐ Ja (Bitte bezeichnen Sie die Stelle sowie Art (z. B. Einmalzahlungen oder Kosten für Therapie) und Umfang der Leistungen)

### 2. Leistungen des Täters / der Täterin

Haben Sie bereits Schadensersatz- oder Schmerzensgeldansprüche gegenüber dem Täter/der Täterin geltend gemacht oder andere Leistungen erhalten?

☐ Nein

☐ Ja (Bitte nennen Sie Art und Umfang der Leistungen)

### 3. Gerichtsverfahren

War oder ist die oben beschriebene Tat Gegenstand eines staatlichen (zivil- oder strafgerichtlichen) oder kirchenrechtlichen Verfahrens?

☐ Nein

☐ Ja (Bitte benennen Sie soweit möglich das Gericht oder die Staatsanwaltschaft sowie das Aktenzeichen. Sofern Ihnen bereits eine Gerichtsentscheidung vorliegt, fügen Sie diese bitte in Kopie Ihrem Antrag bei.)

## IV. Welche Form der Hilfe wünschen Sie? (Mehrfachnennung möglich)

☐ Materielle Leistung in Anerkennung des Leids

☐ Übernahme von Therapiekosten

☐ Übernahme von Paartherapiekosten

## V. Ihre Kontoverbindung

Bitte geben Sie Ihre Kontoverbindung für eine Auszahlung materieller Hilfen an:

Kontoinhaber/-in

Adresse der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

IBAN

BIC

Geldinstitut

(Ort, Datum) (Unterschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers)

**Hinweis:**
**§ 13 Abs. 1 Nr. 19 Erbschaftsteuer- und Schenkungsteuergesetz (ErbStG) lautet:**
(1) Steuerfrei bleiben

19. Leistungen von Religionsgemeinschaften, juristischen Personen des öffentlichen Rechts, Körperschaften, Personenvereinigungen oder Vermögensmassen an Personen in Ansehung der Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder seelischen Unversehrtheit, insbesondere aufgrund sexuellen Missbrauchs, durch Handlungen von Personen, die für die Religionsgemeinschaft, juristische Person des öffentlichen Rechts, Körperschaft, Personenvereinigung oder Vermögensmasse oder für eine ihr über-, neben- oder nachgeordnete Einrichtung tätig sind oder waren, wenn die Leistungen in einem geordneten Verfahren gewährt werden, das allen betroffenen Personen offensteht. § 30 Absatz 1 und 2 sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass eine Anzeigepflicht ausschließlich für den Leistenden besteht. Die Anzeige ist mit einer Bestätigung des Leistenden über das Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 zu verbinden.

## VI. 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 strafrechtlich verfolgt werden können.

(Ort, Datum) (Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers)

## VII. Hinweise zur Bearbeitung Ihres Antrages

a. Die Bearbeitung Ihres Antrags und eine Gewährung beantragter Leistungen erfolgen auf der Grundlage der jeweils geltenden „Ordnung für das Verfahren zur Anerkennung des Leids“ .

b. Dem Antrag ist die Kopie eines gültigen Ausweisdokuments (Personalausweis oder Reisepass) beizufügen.

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

   - Behandlungsplan eines approbierten Psychotherapeuten oder Paartherapeuten;
   - bei gewünschter Psychotherapie den Nachweis, dass Ihre Krankenkasse oder ein anderer Kostenträger die Kosten nicht übernimmt;
   - ggf. Rechnung des Psychotherapeuten oder Paartherapeuten.

d. Alle Leistungen sind freiwillige Leistungen, die ohne Anerkenntnis einer Rechtspflicht erfolgen. Für diese freiwilligen Leistungen ist der Rechtsweg ausgeschlossen.

## VIII. Erklärung

Ich habe die jeweils geltende „Ordnung für das Verfahren zur Anerkennung des Leids“ zur Kenntnis genommen.

(Ort, Datum) (Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers)

## IX. Einwilligung zur Datenverarbeitung

Damit ich Leistungen in Anerkennung des Leids erhalten kann, muss mein Antrag von den hierfür zuständigen kirchlichen Einrichtungen bearbeitet werden. Diese Einrichtungen sind

- die von mir kontaktierte Ansprechperson der Diözese oder Ordensgemeinschaft oder des Diözesan-Caritasverbandes,
- das Ordinariat dieser Diözese bzw. die zuständige Stelle dieser Ordensgemeinschaft bzw. dieses Diözesan-Caritasverbandes sowie des Deutschen Caritasverbandes und
- die Unabhängige Kommission für Anerkennungsleistungen (im Folgenden: „UKA“) einschließlich deren Geschäftsstelle

(jeweils im Folgenden: „zuständige kirchliche Einrichtung“).

Meine Angaben in dem von mir ausgefüllten Formular, die Anlage(n) sowie das ggf. beigefügte Protokoll über mein(e) Gespräch(e) mit der Ansprechperson der Diözese oder Ordnungsgemeinschaft oder des Diözesan-Caritasverbandes sind – sehr sensible – personenbezogene Daten (im Folgenden: „Antragsdaten“). Wenn ich meinen Antrag einreiche, werden die zuständigen kirchlichen Einrichtungen Antragsdaten verarbeiten.

**Daher willige ich hiermit ein**, dass die zuständigen kirchlichen Einrichtungen die Antragsdaten zum Zwecke der Antragsbearbeitung und der Erfüllung der Aufgaben der UKA gemäß der Ordnung für das Verfahren zur Anerkennung des Leids, auch als gemeinsam Verantwortliche, verarbeiten und sie insbesondere einander übermitteln. Ich bin mir bewusst, dass die Antragsdaten und damit auch diese Einwilligung besondere Kategorien personenbezogener Daten gem. § 4 Nr. 2 KDG, KDR-OG bzw. KDG-VDD betreffen können, wie Daten, aus denen religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen hervorgehen, Gesundheitsdaten oder Daten zum Sexualleben.

Diese Einwilligung gilt auch für Verwendungen bzw. Verarbeitungen von Daten eines etwaigen früheren Verfahrens zur Anerkennung des Leids. Das betrifft diesbezügliche Antragsdaten, Verfahrensdaten und weitere Informationen, die zu dem früheren Verfahren eingeholt bzw. verarbeitet wurden, etwa zu dem Umfeld, in dem sich die Tat ereignet hat, zum Täter usw. Verfahrensdaten sind anlässlich der Tätigkeit der beteiligten kirchlichen Einrichtungen im früheren Verfahren angefallene Daten (wie z. B. interne Vermerke, wie ein Antrag beurteilen ist).

Diese Einwilligung gilt für Verarbeitungen bis zur abschließenden Bearbeitung meines Antrags durch die zuständigen kirchlichen Einrichtungen. Insofern ist sie in Verbindung mit § 6 Abs. 1 lit. b, auch in Verbindung mit § 9 Abs. 1, sowie ggf. auch gem. § 11 Abs. 2 lit. a KDG, KDR-OG bzw. KDG-VDD die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Antragsdaten durch die zuständige kirchliche Einrichtung. Meine Einwilligung in Verbindung mit den vorstehend genannten Vorschriften ist nicht Rechtsgrundlage für Verarbeitungen, die durch eine zuständige kirchliche Einrichtung nach Abschluss der Bearbeitung meines Antrags erfolgen, insbesondere Speicherungen. Eine solche Verarbeitung

kann also unabhängig von meiner Einwilligung erfolgen, soweit und solange es hierfür eine anderweitige Rechtsgrundlage gibt.

Diese Einwilligung erteile ich freiwillig. Ich bin mir bewusst, dass bei einer Nichterteilung der Einwilligung die zuständigen kirchlichen Einrichtungen nicht in der Lage sein werden, meinen Antrag entgegenzunehmen und zu bearbeiten.
**Diese Einwilligung kann ich jederzeit und ohne Angaben von Gründen schriftlich widerrufen**.
Der Widerruf ist per Post zu senden an:
Unabhängige Kommission für Anerkennungsleistungen
- vertraulich -
Postfach 2962
53019 Bonn

Nach dem Widerruf werden die Antragsdaten umgehend von den zuständigen kirchlichen Einrichtungen gelöscht und von diesen nicht mehr verarbeitet, vorbehaltlich bestehender staatlicher oder kirchlicher gesetzlicher Aufbewahrungspflichten und soweit und solange sie nicht zum Nachweis einer ordnungsgemäßen Datenverarbeitung oder ordnungsgemäßen Bearbeitung des Antrags benötigt werden – in diesen Fällen werden die Daten bis zur endgültigen Löschung so gesperrt, dass sie ausschließlich für die Nachweiszwecke verwendet werden können. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen der Antragsdaten wird durch einen Widerruf nicht berührt.

Wenn ich widerrufe, sind die zuständigen kirchlichen Einrichtung nicht mehr in der Lage, meinen Antrag zu bearbeiten. Daher werden sie im Falle eines Widerrufs meinen Antrag als zurückgenommen behandeln.

(Ort, Datum) (Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers)

Bitte beachten Sie auch die „Weiteren Informationen zum Datenschutz“ der zuständigen kirchlichen Einrichtung, die Ihnen von der zuständigen Ansprechperson der Diözese oder der Ordensgemeinschaft oder des Diözesan-Caritasverbandes ausgehändigt werden bzw. die auf deren Website zu finden sind.