



Fonds Sexueller Missbrauch

Antrag auf Hilfeleistungen aus dem Fonds Sexueller Missbrauch im familiären Bereich

Stand: November 2021

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

Sie sind von sexualisierter Gewalt oder sexuellem Missbrauch (im Folgenden sexualisierte Gewalt) in Ihrer Kindheit oder Jugend betroffen und möchten einen Antrag auf Unterstützungsleistung beim Fonds Sexueller Missbrauch (FSM) stellen.

Diese Entscheidung kann für Sie mit schwierigen Gefühlen und Erinnerungen verbunden sein. Wir haben versucht, es Ihnen mit diesem Antragsformular so leicht wie möglich zu machen. Viele Fragen können Sie durch Ankreuzen beantworten.

Bitte füllen Sie den Antrag so vollständig wie möglich aus. Dies ist wichtig, damit wir für Sie eine möglichst gute Entscheidung treffen können.

Wenn einzelne Fragen für Sie zu unangenehm oder schmerzhaft sind, können Sie stattdessen auch Unterlagen einreichen, aus denen sich die Antworten ergeben. Das kann z.B. ein aktueller Klinikbericht oder ein Bericht Ihrer Psychotherapeutin oder Ihres Psychotherapeuten sein.

Sie haben die Möglichkeit, sich bei dem Antrag von einer spezialisierten Beratungsstelle unterstützen zu lassen. Die Beratung ist freiwillig, kostenfrei und vertraulich. Beratungsstellen in Ihrer Region finden Sie unter <https://www.fonds-missbrauch.de/antragstellung/beratungssuche-antragsformular/>

Unterstützung bei der Antragstellung bietet auch das kostenlose Info-Telefon des Fonds Sexueller Missbrauch unter Nummer 0800 400 10 50.

Zusätzlich können Sie sich unter 030 18555-1988 auch direkt an die Geschäftsstelle des Fonds Sexueller Missbrauch wenden.

Schicken Sie Ihren persönlich unterschriebenen Antrag auf Unterstützungsleistungen bitte an:

Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben
Geschäftsstelle Fonds Sexueller Missbrauch
Auguste-Viktoria-Str. 118
14193 Berlin

oder

per E-Mail als eingescanntes PDF an: kontakt-fsm@bafza.bund.de

Vielen Dank für das Vertrauen, das Sie uns entgegenbringen.

Antrag**Hinweis:**

Einen Überblick über die wichtigsten Informationen für die Antragstellung finden Sie am Ende dieses Formulars auf Seite 19.

Häufig gestellte Fragen rund um das Antragsverfahren und Antworten (FAQ) finden Sie unter www.fonds-missbrauch.de/antragstellung/fragen-und-antworten.

1. Angaben zur Person und Kontaktdaten

Geschlecht: weiblich männlich divers

Name	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

Aktuelle Lebenssituation:

- berufstätig in Rente arbeitssuchend
 in Ausbildung im Studium Sonstiges

- Ich möchte, dass der Kontakt (z.B. Zusendung meines Bescheids, eine Nachfrage zu meinem Antrag etc.) über eine andere Person erfolgt und bevollmächtigt¹:

Name der Kontaktperson	Vorname der Kontaktperson
Falls zutreffend, Funktion der Kontaktperson (z.B. Beraterin)	Falls zutreffend, Name der Beratungsstelle oder Praxis
Straße und Hausnummer der Kontaktperson	Postleitzahl und Ort der Kontaktperson
Telefonnummer der Kontaktperson	E-Mail-Adresse der Kontaktperson

¹ Das kann z.B. sein: Eine gesetzliche Vertretung, eine Psychotherapeutin/ein Psychotherapeut, eine Beraterin/ein Berater oder eine private Vertrauensperson. Die Bevollmächtigung gilt solange, bis Sie die schriftlich widerrufen. Das ist jederzeit möglich.

2. Angaben zur sexualisierten Gewalt im familiären Bereich

Im Folgenden bitten wir Sie, soweit es Ihnen möglich ist, Angaben zur im familiären Bereich erlittenen sexualisierten Gewalt zu machen. Diese Angaben brauchen wir, um Ihren Antrag zu bearbeiten.

Wichtig: Sie brauchen an den entsprechenden Stellen unter 2. keine weiteren Angaben machen, wenn Sie Unterlagen einreichen, aus denen die benötigten Angaben zur sexualisierten Gewalt im familiären Bereich hervorgehen (z.B. Klinikberichte, Therapieberichte, Gerichtsurteile, Berichte von Fachberatungsstellen).

Bitte senden Sie uns nicht alle Ihnen vorliegenden Unterlagen zu, sondern nur eine aussagekräftige und möglichst aktuelle Auswahl in Kopie.

2.1. Tatzeit und Tatort

Wir können Leistungen aus dem Fonds nur gewähren, wenn die sexualisierte Gewalt zwischen dem 23. Mai 1949 (auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland) beziehungsweise dem 7. Oktober 1949 (auf dem Gebiet der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik) und dem 30. Juni 2013² stattgefunden hat.

Sexualisierte Gewalt in der Bundesrepublik Deutschland (BRD)

Hat sexualisierte Gewalt zwischen dem 23. Mai 1949 und dem 30. Juni 2013 auf dem Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland stattgefunden?

Ja Nein

Falls ja, in welchem Bundesland hat die sexualisierte Gewalt stattgefunden?

Sexualisierte Gewalt in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (DDR)

Hat sexualisierte Gewalt zwischen dem 7. Oktober 1949 und dem 3. Oktober 1990 auf dem Staatsgebiet der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik stattgefunden?

Ja Nein

Falls ja, in welchem Bundesland hat die sexualisierte Gewalt stattgefunden?

Minderjährigkeit

Erklärungen zur Minderjährigkeit in der BRD und der ehemaligen DDR	
Bundesrepublik Deutschland	Ehemalige Deutsche Demokratische Republik
- Bis 31.12.1974: Volljährigkeit mit 21 Jahren	- Bis 21.05.1950: Volljährigkeit mit 21 Jahren
- Ab 01.01.1975: Volljährigkeit mit 18 Jahren	- Ab 22.05.1950: Volljährigkeit mit 18 Jahren

² Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Rechte von Opfern sexuellen Missbrauchs (StORMG)

Waren Sie zu dem/zu einem Tatzeitpunkt minderjährig?

Ja Nein

Wie alt waren Sie, als die sexualisierte Gewalt angefangen hat? _____

Bitte nennen Sie, wenn möglich, den Zeitraum, in dem die sexualisierte Gewalt erfolgt ist:

2.2. Tatumstände

Wurde sexualisierte Gewalt durch eine Person/mehrere Personen aus dem familiären Bereich³ begangen?

Ja Nein

Welche verwandtschaftliche Beziehung bestand zu der Person/den Personen (zum Beispiel (Stief-) Vater, (Stief-)Mutter, Großvater, Großmutter, (Stief-)Bruder, (Stief-) Schwester)?

Falls keine verwandtschaftliche Beziehung zu der der Person/den Personen bestand:

Waren Sie ihr/ihnen zur Erziehung, Beaufsichtigung oder Betreuung anvertraut?

Ja Nein

Beschreiben Sie bitte das familiäre Verhältnis⁴ zu dieser Person/diesen Personen (zum Beispiel Aufsichtsperson, enger Freund/enge Freundin Ihrer Eltern):

³ Bitte beachten Sie hierzu die Definition des familiären Bereichs auf Seite 19 des Antragsformulars.

⁴ Bitte beachten Sie hierzu die Definition des familiären Bereichs auf Seite 19 des Antragsformulars.

Fand (auch) organisierte sexuelle rituelle/sektenähnliche Gewalt statt?

- Ja Nein

Fand Missbrauch (auch) durch Minderjährige statt?

- Ja Nein

Wenn Sie möchten, können Sie uns hier weitere Informationen mitteilen. Diese Angabe ist freiwillig.

2.3. Tathergang

Bitte kreuzen Sie an und/oder ergänzen Sie Informationen zum Tathergang. Sie können dafür mehrere Kästen ankreuzen.

Wichtig: Sie brauchen hier keine Angaben zu machen, wenn sich das Vorliegen sexualisierter Gewalt aus den Unterlagen ergibt, die Sie uns mitschicken möchten.

- Ich musste zusehen bei sexuellen Handlungen (z.B. jemand hat sein/ihr Geschlechtsteil vor mir entblößt, sich vor meinen Augen selbst befriedigt, mir pornografische Darstellungen gezeigt).
- An mir wurden sexuelle Handlungen vorgenommen.
- Ich musste sexuelle Handlungen an anderen vornehmen.
- Die sexuellen Handlungen wurden aufgenommen (z.B. fotografiert oder gefilmt und die Aufnahmen verbreitet oder mit der Verbreitung gedroht).

Wenn Sie möchten, können Sie uns hier weitere Informationen über den Tathergang mitteilen. Diese Angabe ist freiwillig.

3. Angaben zu Folgebeeinträchtigungen der sexualisierten Gewalt

Bitte geben Sie hier an, unter welchen Folgen Sie noch heute leiden.

Wichtig: Sie brauchen unter 3. keine weiteren Angaben machen, wenn Sie Unterlagen einreichen, aus denen die noch anhaltenden Folgen der sexualisierten Gewalt hervorgehen (z.B. Klinikberichte, Therapieberichte, Gerichtsurteile, Berichte von Fachberatungsstellen).

Wir benötigen nicht alle Berichte, die Sie haben. Schicken Sie uns bitte nur eine aussagekräftige und möglichst aktuelle Auswahl Ihrer Unterlagen in Kopie.

3.1. Psychische Beeinträchtigungen

Bitte kreuzen Sie an und/oder ergänzen Sie, unter welchen psychischen Beeinträchtigungen Sie aufgrund der sexualisierten Gewalt noch heute leiden:

- Angststörungen
- Depressionen
- Kontakt- und Kommunikationsstörungen
- Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen
- Selbstvernachlässigung, Probleme mit der Gesundheitsfürsorge
- Abhängigkeitsstörung/Sucht
- Dissoziationen
- Posttraumatische Belastungsstörungen

Wenn Sie möchten, können Sie uns hier weitere Informationen mitteilen. Diese Angabe ist freiwillig.

3.2. Körperliche Beeinträchtigungen

Bitte kreuzen Sie an und/oder ergänzen Sie, unter welchen körperlichen (auch psychosomatischen) Beeinträchtigungen Sie aufgrund der sexualisierten Gewalt noch heute leiden.

- Infektionen
- Schmerzen und Schmerzerkrankungen (auch unbestimmter Art)
- Narben
- Verletzungen
- Zahn-/Kiefererkrankungen bzw. -beschwerden

Wenn Sie möchten, können Sie uns hier weitere Informationen mitteilen. Diese Angabe ist freiwillig.

3.3. Andere Probleme und Beeinträchtigungen

Bitte kreuzen Sie an und/oder ergänzen Sie, unter welchen anderen Problemen und Beeinträchtigungen Sie aufgrund der sexualisierten Gewalt noch heute leiden:

- Schulschwierigkeiten
- Fehlender Schulabschluss
- Fehlende Ausbildung in anerkannten Berufen
- Keine oder geringe Integration auf dem Arbeitsmarkt (zum Beispiel Grundsicherung)
- Frühzeitige Erwerbsunfähigkeit
- Wenige Möglichkeiten, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen

Wenn Sie möchten, können Sie uns hier weitere Informationen mitteilen. Diese Angabe ist freiwillig.

4. Angaben zur gewünschten Unterstützung

Bitte machen Sie konkrete Angaben zu Art und Umfang der gewünschten Unterstützung. Sie können mehrere Leistungen ankreuzen.

Bitte beachten Sie, dass je antragstellende Person Sachleistungen in Höhe von maximal bis zu 10.000 € bewilligt werden können. Menschen mit einer Schwerbehinderung (Grad der Behinderung von mindestens 50) können unter bestimmten Voraussetzungen zusätzlich zu den 10.000 Euro den sogenannten behinderungsbedingten Mehraufwand bis zu 5.000 Euro geltend machen (siehe dazu 4.8.).

Hinweis: Folgende Leistungen können Sie beantragen:

- 4.1. Psychotherapie („Richtlinienverfahren“)
- 4.2. Andere therapeutische Hilfen
- 4.3. Medizinische Dienstleistungen sowie medizinische Heil- und Hilfsmittel
- 4.4. Leistungen zur individuellen Aufarbeitung
- 4.5. Qualifizierungsmaßnahmen
- 4.6. Beratung, Betreuung, Begleitung
- 4.7. Sonstige Hilfen
- 4.8. Leistungen wegen behinderungsbedingtem Mehrbedarf

Die folgenden Leistungen können wir aus dem Fonds **nicht** gewähren:

- Schmerzensgeld- oder andere Entschädigungszahlungen
- Tilgung von Schulden oder andere reine Geldleistungen
- Anwalts- und Gerichtskosten
- Leistungen, die im Zeitpunkt der Antragstellung bereits abgeschlossen sind
- Leistungen, die vor der Laufzeit des Fonds erbracht wurden (vor dem 01.05.2013)

4.1. Psychotherapie

Hierunter fallen Psychotherapieverfahren im Sinne der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie⁵, die nicht, noch nicht oder nicht mehr von der Krankenkasse übernommen werden.

Name des Therapeuten/der Therapeutin

Berufsbezeichnung des Therapeuten/der Therapeutin (z.B. Psychologische Psychotherapeutin)

Kosten pro Stunde: _____ €

Ich beantrage dazu die Übernahme von Fahrtkosten zur o.g. Psychotherapie ab _____

Bitte legen Sie Ihrem Antrag auf Psychotherapie bei approbierten
Therapeuten/Therapeutinnen folgende Unterlagen bei:

- Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse oder eine Mitteilung des
Therapeuten/der Therapeutin, aus der hervorgeht, dass das Stundenkontingent ausgeschöpft
ist.
oder

⁵ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie für Erwachsene

- Mitteilung des Therapeuten/der Therapeutin, aus der hervorgeht, dass die Krankenkasse die Therapie nicht finanziert. Das ist der Fall bei approbierten Therapeutinnen und Therapeuten ohne Kassensitz.

4.2. Andere therapeutische Hilfen

Hierunter fallen u.a. Psychotherapien bei Heilpraktikern/Heilpraktikerinnen sowie Komplementär- und Fachtherapien wie Kunsttherapie, Reittherapie, Tanztherapie, Musiktherapie oder Körperpsychotherapie.

Art der Fachtherapie

Name des Therapeuten/der Therapeutin

Berufsbezeichnung/Grundausbildung/akademischer Grad des Therapeuten/der Therapeutin

- Ich beantrage die Übernahme von Fahrtkosten zur o.g. Therapie ab _____

Bitte legen Sie Ihrem Antrag auf **Psychotherapie bei einem Heilpraktiker/einer Heilpraktikerin** die folgenden Unterlagen bei:

- vollständig ausgefülltes Formular „Qualifikationen Heilpraktiker*innen für die Durchführung von Psychotherapie“⁶ inklusive der geforderten Nachweise
- medizinischer, psychologischer oder pädagogischer Grundberuf
- Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde
- abgeschlossene Ausbildung in Psychotherapie mit mind. 900 Stunden
- traumatherapeutische Aus- und Fortbildungen mit mind. 100 Stunden
- Individueller Behandlungs- und Kostenplan (Behandlungsmethode, Behandlungsziele, Kosten pro Sitzung) des Therapeuten/der Therapeutin

Bitte legen Sie Ihrem Antrag auf **Komplementär- und Fachtherapien** (z.B. Kunsttherapie, Reittherapie, Tanztherapie) folgende Unterlagen bei:

- Nachweis über den medizinischen, psychologischen oder pädagogischen Grundberuf
- Nachweis über die Ausbildung im beantragten Therapieverfahren.

Wenn Sie eine **Körperpsychotherapie** beantragen möchten, reichen Sie bitte einen individuellen Behandlungs- und Kostenplan (Behandlungsmethode, Behandlungsziele, Kosten pro Sitzung) ein.

⁶ Das Formular finden Sie am Ende dieses Antrags (Seite 21)

4.3. Medizinische Dienstleistungen sowie medizinische Heil- und Hilfsmittel

Hierunter fallen z.B. Physiotherapie, Massagen, Ergotherapie, Zahnbehandlungen, Yoga

Art der gewünschten Leistung (z.B. „Physiotherapie“)

Geeignetheit

Bitte beschreiben Sie kurz, warum die Leistung geeignet ist, die Folgen der sexualisierten Gewalt zu lindern. Beispiel: *Aufgrund der sexualisierten Gewalt leide ich noch heute unter starken Verspannungen. Durch die beantragte Physiotherapie werden die Verspannungen reduziert.*

Ich beantrage die Übernahme von Fahrtkosten zur o.g. Dienstleistung ab _____

Bitte legen Sie Ihrem Antrag auf medizinische Dienstleistungen bzw. auf medizinische Heil- und Hilfsmitteln die folgenden Unterlagen bei:

Einen Nachweis bzw. eine Angabe, ob und wenn ja, in welcher Höhe ein vorrangiger Leistungsträger (z.B. die Krankenkasse) Kosten für diese Leistungen übernimmt.

4.4. Individuelle Aufarbeitung

Hierunter fallen Leistungen, die Ihnen persönlich helfen, Folgen der sexualisierten Gewalt zu lindern und in keine der übrigen Kategorien passen. Das kann z.B. sein: Musikunterricht; Selbstverteidigungskurs, Umzug, Reise zum Tatort, Fitnessstraining.

Art der gewünschten Leistung (z.B. „Gesangsunterricht“)

Geeignetheit

Bitte beschreiben Sie kurz, warum die Leistung geeignet ist, die Folgen der sexualisierten Gewalt zu lindern. Beispiel: *Aufgrund des Missbrauchs leide ich unter einer Angststörung. Der beantragte Gesangsunterricht hilft mir, weil ich dadurch Angst abbaue und so wieder mehr Vertrauen in Menschen haben kann.*

- Ich beantrage die Übernahme von Fahrtkosten zur o.g. Leistung ab _____

4.5. **Qualifizierungsmaßnahmen**

Hierunter fallen Ausbildungsmaßnahmen (zum Beispiel Nachholen eines Schulabschlusses, Aufnahme einer Ausbildung, Aufnahme eines Studiums), Weiterbildungsmaßnahmen (zum Beispiel Umschulung, Erwerb weiterer Qualifikationen) und sonstige Bildungsmaßnahmen.

Art der gewünschten Leistung (z.B. „Nachholen eines Schulabschlusses“)

Umfang der gewünschten Bildungsmaßnahme (z.B. Schulgebühren, Fachliteratur, Schreibwaren)

Geeignetheit

Bitte beschreiben Sie kurz, warum die Leistung geeignet ist, die Folgen der sexualisierten Gewalt zu lindern. (Beispiel: „Aufgrund der sexualisierten Gewalt habe ich damals unter Konzentrationsschwierigkeiten gelitten und kein Abitur machen können. Das Abitur nachzuholen hilft mir, die Vergangenheit besser zu bewältigen und erweitert meine beruflichen Möglichkeiten.“)

- Ich beantrage die Übernahme von Fahrtkosten zur o.g. Qualifizierungsmaßnahme ab _____

Bitte legen Sie Ihrem Antrag auf Qualifizierungsmaßnahmen die folgenden Unterlagen bei:

- Ablehnung des vorrangigen Leistungsträgers (z.B. Agentur für Arbeit, des Jobcenters, des BAföG-Amtes oder der Rentenversicherung) oder eine Erklärung, warum es keinen vorrangigen Leistungsträger gibt
- Falls Sie möchten: Kostenvoranschlag, gegebenenfalls Broschüre oder Ähnliches

4.6. **Beratung, Betreuung und Begleitung**

Hierunter fallen z.B. Beratungen zu lebenspraktischen Angelegenheiten, Begleitungen im Alltag zu Terminen und Behandlungen, Hilfen im Haushalt oder Betreuungsleistungen.

Art der gewünschten Leistung (z.B. „Haushaltshilfe für Einkäufe“)

Geeignetheit

Bitte beschreiben Sie kurz, warum die Leistung geeignet ist, die Folgen der sexualisierten Gewalt zu lindern.

Beispiel: *Aufgrund der sexualisierten Gewalt leide ich noch heute an Rückenschmerzen. Eine Haushaltshilfe für Einkäufe entlastet mich, ich habe dadurch weniger Schmerzen und mehr Kraft für andere Dinge.*

- Ich beantrage die Übernahme von Fahrtkosten zur o.g. Leistung ab _____

Bitte legen Sie Ihrem Antrag auf individuelle Unterstützung die folgenden Unterlagen bei:

- Ablehnung des vorrangigen Leistungsträgers (zum Beispiel des Sozialamtes, Jugendamtes, der Krankenkasse) oder eine Erklärung, warum es keinen vorrangigen Leistungsträger gibt.
- Wenn die Leistung (z.B. Begleitung zur Therapie) im Rahmen einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung des Anbieters/der Anbieterin erbracht wird, legen Sie bitte einen Nachweis über das Beschäftigungsverhältnis vor.

4.7. Sonstige Hilfen

Hierunter fallen Leistungen wie Gebrauchsgüter.

Beschreibung der gewünschten Leistung

Geeignetheit

Bitte beschreiben Sie plausibel und nachvollziehbar, warum die beantragte Leistung vor dem Hintergrund des individuellen Falles geeignet ist, Folgen der sexualisierten Gewalt zu lindern.

Beispiel: *Aufgrund der sexualisierten Gewalt habe ich lange unter Waschwängen gelitten, die ich zuletzt mit Hilfe einer Psychotherapie reduzieren konnte. Ich habe eine große Waschmaschine, die ich früher täglich benutzt habe und die Verschleiß zeigt. Die Waschmaschine erinnert mich immer an die früheren Waschwänge. Ich wünsche mir eine neue, kleinere Waschmaschine als Neustart in ein Leben ohne Waschwänge. Meine Psychotherapeutin unterstützt die Idee.*

4.8. Behinderungsbedingter Mehrbedarf

Der Unterstützungsbedarf von Menschen mit einer Schwerbehinderung (Grad der Behinderung

von mindestens 50) kann erhöht sein.

Daher können Sie zusätzliche Leistungen aus den Kategorien 4.1. – 4.7. in Höhe von 5.000 Euro beantragen,

- wenn Sie schwerbehindert sind (nachzuweisen durch einen Schwerbehindertenausweis oder den Feststellungsbescheid)
- wenn Sie einen sogenannten behinderungsbedingten Mehrbedarf haben.

Ein behinderungsbedingter Mehrbedarf kann in zwei Fällen vorliegen:

(1) Der Bedarf ist behinderungsbedingt, wenn er entsteht, damit die Antragstellende Person eine andere bewilligte oder bewilligungsfähige Leistung in Anspruch kann.

Beispiel: Die Krankenkasse bewilligt einer Antragstellerin die Kosten für psychotherapeutische Sitzungen. Sie kann aber aufgrund ihrer Schwerbehinderung nicht alleine zu den psychotherapeutischen Sitzungen fahren und ist daher auf einen besonderen Fahrdienst oder eine Begleitperson angewiesen. Dann sind die Kosten für den Fahrdienst oder die Begleitperson der behinderungsbedingte Mehraufwand.

(2) Ein behinderungsbedingter Mehrbedarf kann im Einzelfall auch ein erhöhter Bedarf einer Regelleistung sein, wenn er einem Menschen ohne Schwerbehinderung so oder in diesem Umfang nicht entstehen würde.

Beispiel: Ein Antragsteller geht zur Psychotherapie. Er ist aufgrund einer Hörbeeinträchtigung schwerbehindert und benötigt eine Übersetzung in Gebärdensprache. Aufgrund der Übersetzung dauert die Therapie länger. Die zusätzlichen Therapiestunden, die er aufgrund der Schwerbehinderung benötigt, sind der behinderungsbedingte Mehraufwand.

Art der gewünschten Leistung

Beschreibung, inwiefern ein Mehrbedarf durch die Schwerbehinderung entsteht

Bitte legen Sie Ihrem Antrag auf behinderungsbedingten Mehrbedarf die folgenden Unterlagen bei:

- Kopie des Schwerbehindertenausweises (Grad der Behinderung von mindestens 50) oder eine Kopie des Feststellungsbescheides

4.9. Angaben zur Nachrangigkeit

Der Fonds Sexueller Missbrauch ist nachrangig gegenüber dem bestehenden System der

sozialrechtlichen Leistungsträger (z.B. gesetzliche und private Krankenversicherung, Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Sozialamt, Agentur für Arbeit, Jobcenter). Daher können wir Hilfen aus dem Fonds nur finanzieren, wenn die von Ihnen gewünschte Unterstützung nicht oder nicht in gewünschtem Umfang von dem sozialrechtlichen System geleistet wird.

Falls Ihnen hierzu Unterlagen vorliegen, fügen Sie diese bitte in Kopie bei (z.B. Ablehnungsbescheid der Krankenkasse). Wir benötigen nicht alle Unterlagen, die Sie haben. Bitte senden Sie uns nur eine aussagekräftige und möglichst aktuelle Auswahl Ihrer Unterlagen in Kopie zu.

Bitte listen Sie hier die Leistungen auf, die Sie unter 4.1.-4.7. beantragen und für die es keinen vorrangigen Leistungsträger (z.B. Krankenkasse, Jobcenter) gibt. Ein Beispiel hierfür ist zum Beispiel der Gesangsunterricht oder eine Maltherapie.

Bitte listen Sie hier die Leistungen auf, die Sie unter 4.1.- 4.7. beantragen für die es einen vorrangigen Leistungsträger (z.B. die Krankenkasse oder das Jobcenter) gibt, der aber nicht (mehr) zahlt. Bitte begründen Sie auch kurz, warum der Leistungsträger nicht zahlt.

Das wäre zum Beispiel eine Psychotherapie, die die Kasse nicht mehr bezahlt, weil das bewilligte Kontingent aufgebraucht ist; oder eine Physiotherapie, die die Krankenkasse nur anteilig finanziert.

Haben Sie einen Antrag nach dem Opferentschädigungsgesetz gestellt? Wenn ja, teilen Sie uns bitte hier mit, wie das Ergebnis ist.

5. Angaben zur Beratungsstelle

Die folgenden Angaben müssen Sie nur machen, wenn eine Beratungsstelle Sie dabei unterstützt hat, einen Antrag zu stellen.

- Ich wurde bei der Antragstellung von einer Beratungsstelle unterstützt.
- Der Name der Beraterin/des Beraters und Anschrift sind identisch zu der unter 1. angegebenen Kontaktperson (dann nachfolgend keine Angaben nötig, nur Stempel und Unterschrift).

Name der Beratungsstelle	Vor- und Nachname des Beraters/der Beraterin	Stempel und Unterschrift Beratungsstelle
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort	
E-Mail-Adresse der Beratungsstelle	Telefonnummer der Beratungsstelle	

6. Angaben zur gesetzlichen Vertretung

Die folgenden Angaben müssen Sie nur machen, wenn Sie eine gesetzliche Vertretung haben.

Wichtig: Wenn Ihr Betreuer / Ihre Betreuerin den Antrag für Sie stellt oder ein Einwilligungsvorbehalt vorliegt, legen Sie bitte dem Antrag eine amtlich beglaubigte Kopie des Betreuerausweises bei.

- Ich habe eine gesetzliche Vertretung, und zwar:
- Eltern oder sorgeberechtigter Elternteil (bei Minderjährigen)
 - Betreuer/Betreuerin
 - Es liegt ein Einwilligungsvorbehalt für die Aufgabenkreise Gesundheits(für)sorge/ Personensorge, Behördenangelegenheiten oder Vermögenssorge vor.
 - Andere

Vor- und Nachname der gesetzlichen Vertretung	
Straße und Hausnummer der gesetzlichen Vertretung	Postleitzahl und Ort der gesetzlichen Vertretung
E-Mail-Adresse der gesetzlichen Vertretung	Telefonnummer der gesetzlichen Vertretung

7. Datenschutz und Unterschrift

Bitte beachten Sie, wir können Ihren Antrag nur bearbeiten, wenn Sie Ihren Antrag an den beiden folgenden, grau unterlegten Stellen unter 7.2. und 7.3. unterschreiben.

7.1. Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen:

Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben
An den Gelenkbogenhallen 2-6 50679 Köln
Tel: 0221 3673-0 ; E- Mail: service@bafza.bund.de; De-Mail: poststelle@bafza.bund.de

Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten des Verantwortlichen:

Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben
An den Gelenkbogenhallen 2-6 50679 Köln
Behördliche Datenschutzbeauftragte: Sabine Kehl
Tel: 0221 3673-4478; E- Mail: datenschutz@bafza.bund.de

Zweck der Verarbeitung

Die Verarbeitung personenbezogener Daten (die Erfassung und Speicherung, das Lesen beziehungsweise die Bearbeitung, die Übermittlung an die Clearingstelle), erfolgt zu dem Zweck, über den vorliegenden Antrag auf Leistungen aus dem Fonds Sexueller Missbrauch im familiären Bereich zu entscheiden.

Rechtsgrundlage

Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist die Einwilligung der/des Antragstellenden gemäß Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a beziehungsweise Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Dauer der Speicherung

Die personenbezogenen Angaben werden gelöscht, soweit sie zur Erfüllung dieser Aufgabe des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben nicht mehr erforderlich sind beziehungsweise nach Maßgabe der geltenden Vorschriften für die Erforderlichkeit der Aktenführung.

Rechte von betroffenen Personen

Die von der Verarbeitung personenbezogener Daten betroffenen Personen haben folgende Rechte gegenüber dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben als Verantwortlichem im Sinne der DSGVO: Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO), Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO), Recht auf Widerspruch (Art. 21 DSGVO). Soweit die Verarbeitung der personenbezogenen Daten auf Grundlage einer Einwilligung erfolgt (Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a beziehungsweise Artikel 9 Absatz 1 Buchstabe a DSGVO), können Betroffene die Einwilligung widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bleibt bis zum Zeitpunkt des Widerrufs unberührt (Artikel 7 Abs. 3 DSGVO). Zudem steht Betroffenen gemäß Artikel 77 DSGVO ein Beschwerderecht bei einer datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde zu. Die für das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben zuständige Aufsichtsbehörde ist der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit.

7.2. Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Angaben im Rahmen der Bearbeitung meines Antrags auf Unterstützungsleistungen aus dem Fonds Sexueller Missbrauch im familiären Bereich ein. Meine Einwilligung bezieht sich auch auf die Verarbeitung sensibler Angaben, z.B. Angaben zur Gesundheit, Sexualeben, sexueller Orientierung (besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Art. 9 DSGVO).

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass im Falle meines Widerrufs keine Entscheidung über die von mir beantragten Unterstützungsleistungen getroffen werden kann.



Ort, Datum, Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller, gegebenenfalls der gesetzlichen Vertretung

7.3. Unterschrift für Ihren Antrag auf Unterstützungsleistungen aus dem Fonds Sexueller Missbrauch im familiären Bereich



Ort, Datum, Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller, gegebenenfalls der gesetzlichen Vertretung

8. Informationen zur Antragstellung

Im Folgenden finden Sie einen Überblick über die wichtigsten Informationen für Ihre Antragstellung.

Weitere Antworten auf Fragen rund um den Antrag haben wir auf der Website des Fonds Sexueller Missbrauch unter www.fonds-missbrauch.de/antragstellung/fragen-und-antworten für Sie aufbereitet.

Wer kann mich bei meinem Antrag unterstützen?

Insgesamt haben aktuell circa 160 Beratungsstellen einen Kooperationsvertrag mit uns abgeschlossen und beraten Betroffene telefonisch und persönlich vor Ort oder digital (z.B. in Videogesprächen). Die Beratung ist freiwillig, kostenlos und vertraulich. Beratungsstellen in Ihrer Region finden Sie unter <https://www.fonds-missbrauch.de/antragstellung/beratungssuche-antragsformular/>. Auch das Hilfetelefon Sexueller Missbrauch unterstützt Betroffene sexualisierter Gewalt und berät sie bei der Antragstellung unter der kostenlosen Telefonnummer 0800 400 10 50.

Welche Leistungen kann ich beim Fonds Sexueller Missbrauch beantragen?

Sie können beim Fonds Sachleistungen bis zu 10.000 Euro beantragen. Die Leistungen müssen geeignet sein, die noch andauernden Folgen der sexualisierten Gewalt zu lindern. Die Leistungen dürfen nicht von anderen Leistungsträgern bezahlt werden (z.B. Krankenkassen, Unfallversicherungen, Versorgungsämter).

Was sind die Voraussetzungen dafür, dass mein Antrag Aussicht auf Erfolg hat?

Ihr Antrag hat Aussicht auf Erfolg, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Gewalt ist im familiären Bereich passiert.

Die Gewalt wurde von Personen aus dem familiären Bereich verübt. Wir verstehen den Begriff weit. Er umfasst z.B. Verwandte der Betroffenen (Eltern, Großeltern, Tante, Onkel, Cousin), Personen, die mit den Eltern verheiratet sind oder waren oder mit ihnen zusammengelebt haben, befreundete Personen der Eltern oder der Betroffenen, Mitglieder von Wohngemeinschaften oder Menschen, die regelmäßig bei den Betroffenen zuhause waren (z.B. der Klavierlehrer, Hausangestellte). Auch andere Personengruppen wie zum Beispiel Nachbarn kommen in Frage, wenn Betroffene ihnen anvertraut wurden.

Diese Aufzählung ist nicht vollständig. Weitere Personengruppen sind unter S. 3 und 4 der Leitlinie⁷ aufgelistet.

Es ist sexualisierte Gewalt passiert.

Sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen wird auch sexueller Missbrauch genannt. Das ist jede sexuelle Handlung, die an oder vor Kindern und Jugendlichen gegen deren Willen vorgenommen wird.

⁷ Die Leitlinie finden Sie unter www.fonds-missbrauch.de/fileadmin/FSM/Dokumente/Leitlinie_FSM.pdf.

Sexualisierte Gewalt liegt auch vor, wenn Kinder und Jugendliche aufgrund körperlicher, psychischer oder sprachlicher Unterlegenheit den Handlungen nicht wissentlich zustimmen können. Täter und Täterinnen nutzen dabei Ihre Machtposition aus, um ihre Bedürfnisse zu Lasten von Kindern und Jugendlichen zu befriedigen.

Bei Kindern unter 14 Jahren geht das Strafgesetzbuch davon aus, dass sie sexuellen Handlungen nicht zustimmen können. Solche Handlungen bewerten wir daher immer als sexuelle Gewalt, egal, was das Kind sagt oder macht.

Die sexualisierte Gewalt ist in Deutschland vor dem 30. Juni 2013 passiert.

Die sexualisierte Gewalt muss in der Bundesrepublik Deutschland beziehungsweise der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (DDR) stattgefunden haben. Es ist egal, welche Staatsangehörigkeit oder welchen Aufenthaltsstatus die Betroffenen haben oder hatten und ob sie aktuell in Deutschland leben.

Sie leiden noch heute an den Folgen der Gewalttat.

Leistungen, die Sie beantragen, sind geeignet, die Folgen zu lindern.

Beantragte Leistungen müssen geeignet sein, die noch heute andauernden Folgen der sexualisierten Gewalt zu lindern. Beispiel: Aufgrund des Missbrauchs leidet eine Person unter einer Angststörung. Sie beantragt Gesangsunterricht, weil der ihr hilft, die Angst abzubauen und so wieder mehr Vertrauen in Menschen zu fassen.

Sie haben keine Leistungen aus anderen ähnlichen Fonds/Stiftungen erhalten.

Die Bundesregierung hat neben dem Fonds Sexueller Missbrauch weitere Hilfsangebote für Betroffene eingerichtet, die als Kinder und Jugendliche Leid und Unrecht – wie sexualisierte Gewalt - in Einrichtungen erlebt haben. Haben Betroffene bereits von diesen Fonds/Stiftungen Leistungen erhalten, können sie keine Leistungen aus dem Fonds Sexueller Missbrauch mehr bekommen.

- Für Betroffene, die in einem Heim sexualisierte Gewalt erfahren haben: „Heimerziehung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1949 bis 1975“ und „Heimerziehung in der DDR in den Jahren 1949 bis 1990“
- Für Betroffene, die sexualisierte Gewalt in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe oder Psychiatrie erfahren haben: Stiftung „Anerkennung und Hilfe“

Was ist sonst noch wichtig?

Bitte geben Sie auf Seite 3 in dem Formular Ihre persönlichen Daten an. So können wir Sie erreichen, wenn wir Fragen haben.

Bitte unterschreiben Sie den Antrag und die Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung. Nur dann können wir Ihren Antrag bearbeiten.

Reichen Sie bei der Antragstellung bitte noch keine Rechnungen ein. Wir benötigen die Rechnungen erst, wenn die von Ihnen gewünschte Unterstützungsleistung bewilligt wurde.



Qualifikationen Heilpraktizierender ohne Approbation für die Durchführung von Psychotherapie

Name und Anschrift Heilpraktikerin/Heilpraktiker
ggf. Praxisstempel

Für die Überprüfung Ihrer Qualifikationen benötigen wir die nachfolgenden Unterlagen und Angaben. Die Kostenübernahme für die Psychotherapie kann nur dann übernommen werden, wenn die Heilpraktikerin/der Heilpraktiker über alle der nachfolgend genannten Qualifikationen verfügt und das nachweist.

Bitte reichen Sie die folgenden Nachweise als Kopie mit ein

- Nachweis über ein abgeschlossenes Studium oder eine abgeschlossene Ausbildung in einem medizinischen, pädagogischen oder psychologischen Grundberuf.
- Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung gemäß § 1 Heilpraktikergesetz oder Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie gemäß § 1 Heilpraktikergesetz.
- Nachweis über eine abgeschlossene Ausbildung bzw. Fort- und/oder Weiterbildungen in Psychotherapie (mindestens 900 Unterrichtseinheiten) in Systemischer Therapie oder in Humanistischen Verfahren (z.B. Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Psychodrama, Emotionsfokussierte Therapie). Bitte reichen Sie Angaben zu der Anzahl der absolvierten Stunden ein sowie ggf. das Ausbildungs-Curriculum bzw. Angaben zu Inhalten.
- Nachweise über traumatherapeutische Aus-, Fort- bzw. Weiterbildungen (mindestens 100 Unterrichtseinheiten). Bitte reichen Sie Angaben zu der Anzahl der absolvierten Stunden ein sowie Angaben zu Inhalten.

Bitte machen Sie Angaben zu relevanter Berufserfahrung (z.B. Klinik oder Tagesklinik, in einer spezialisierten Beratungsstelle, in einem spezialisierten Behandlungszentrum, in eigener Praxis oder Gemeinschaftspraxis oder in einer Ambulanz)

von	bis	Dienststelle, Tätigkeit(en)

Bitte bestätigen Sie

- Ich bilde mich regelmäßig fort bzw. weiter in traumaspezifischen Themen bzw. Behandlungsmethoden
- Ich befinde mich regelmäßig in Supervision und/oder Intervision und/oder kollegialem Austausch

Bitte reichen Sie einen individuellen Behandlungsplan mit ein

- Aus dem Behandlungsplan gehen die Ziele der Behandlung vor dem Hintergrund der individuellen Symptomatik hervor. Die geplanten Methoden und Techniken zur Erreichung der Ziele werden benannt. Der Behandlungsplan enthält Angaben zu den voraussichtlich erforderlichen Stunden und zum Kostensatz pro Stunde.

Datum und Unterschrift Heilpraktikerin/Heilpraktiker