



Gesuch um finanzielle Leistungen

Sie möchten bei der Kantonalen Opferhilfstelle Geld beantragen. Damit wir Ihr Gesuch schnell bearbeiten können, brauchen wir Ihre Mithilfe. Bitte füllen Sie das Gesuchsformular genau und vollständig aus. Legen Sie auch alle nötigen Belege dazu. Wir behandeln Ihre Angaben vertraulich.

Die anerkannten Opferberatungsstellen im Kanton Zürich helfen Ihnen kostenlos beim Ausfüllen des Formulars und beraten Sie. Mehr Informationen zur Opferhilfe im Kanton Zürich und eine Liste der Opferberatungsstellen finden Sie unter www.opferhilfe.zh.ch.

Bitte schreiben Sie das Datum auf das Gesuchsformular und unterschreiben Sie es. Wenn Sie das Formular am Computer ausfüllen, drucken Sie es bitte aus und unterschreiben Sie es.

Sind Sie: Opfer Angehörige/Angehöriger des Opfers

1. Angaben zu Ihrer Person

Geschlecht männlich weiblich neutrale Anrede

Name _____

Vorname _____

Nationalität _____

SV-Nummer _____

Geburtsdatum _____

Zivilstand/
Lebensgemeinschaft Verheiratet in eingetragener Partnerschaft Konkubinat andere

Beruf/Tätigkeit _____

Wohnadresse und Kontaktangaben

Strasse/Nr. _____

Postleitzahl/Ort _____

Land _____

E-Mail-Adresse _____

Telefonnummer _____

2. Vertretung im Opferhilfeverfahren

Werden Sie im Opferhilfeverfahren vertreten? ja, gesetzliche Vertretung ja, vertragliche Vertretung nein

Vertreten durch:

Geschlecht männlich weiblich neutrale Anrede

Titel _____

Name _____

Vorname _____

Organisation _____

Strasse/Nr. _____

Postleitzahl/Ort _____

Land _____

Telefonnummer _____

Bitte unterschreiben Sie hier, wenn Sie oben eine Vertretung angegeben haben oder legen Sie eine unterzeichnete Vollmacht der Anwältin/des Anwalts oder die Ernennungsurkunde der Beiständin/des Beistands bei.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift der
gesuchstellenden Person _____

3. Zustelladresse bei Wohnsitz im Ausland oder wenn Zustellung an Wohnadresse nicht erwünscht

Möchten Sie die Korrespondenz/Entscheidung an eine andere Adresse erhalten? ja nein

Falls ja:

Geschlecht männlich weiblich neutrale Anrede

Name _____

Vorname _____

Strasse/Nr. _____

Zusätzliche Adresszeile _____

Postleitzahl/Ort _____

Land _____



4. Opferberatungsstelle

Haben Sie Hilfe bei einer Opferberatungsstelle gesucht? ja nein

Falls ja, wer hat Sie beraten?

Geschlecht männlich weiblich neutrale Anrede

Name

Opferberatungsstelle _____

Vorname

Name Beratungsperson _____ Beratungsperson _____

Soll die Opferberatungsstelle Kopien der Verfügungen und der Korrespondenz zur Kenntnis erhalten? ja nein

5. Straftat, Strafverfahren und Täterschaft

Zeitpunkt und Häufigkeit der Straftat

einmal

Wann hat sich die Straftat ereignet? _____

mehrere Male

Von wann bis wann haben diese Taten stattgefunden? _____

Ort der Straftat/en

Wo hat/haben sich die Straftat/die Straftaten ereignet? (eine oder mehrere Ortschaften und Kantone)

Ist die Täterschaft bekannt?

ja nein (unbekannte Täterschaft)

ein Täter/eine Täterin mehrere Tatpersonen

Angaben zur Täterschaft (sofern bekannt)

Geschlecht männlich weiblich neutrale Anrede unbekannt

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Angaben zur weiteren Täterschaft (falls mehrere und sofern bekannt)

Geschlecht männlich weiblich neutrale Anrede unbekannt

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht männlich weiblich neutrale Anrede unbekannt

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Bestand vor der Tat eine Beziehung zwischen Ihnen oder – falls Sie Angehörige(r) sind – dem Opfer und der Täterschaft?

ja nein unbekannt

Wenn ja: In welcher Beziehung standen das Opfer und die Täterschaft zueinander?

Ehepartner/Partner

Ehepartner/Partner in Trennungsphase

Ehemalige Ehepartner/Partner

Familie, Verwandtschaft

Abhängigkeitsbeziehung

Sonstige Beziehung/keine nähere Beziehung



Straftatbeschreibung

Bitte beschreiben Sie, was bei der Straftat geschehen ist und welche Verletzungen Sie erlitten haben:

Strafverfahren

Wurde ein Strafverfahren eingeleitet? ja nein

Falls ja, wer ist für das Strafverfahren zuständig (welche Polizei, welche Staatsanwaltschaft, welches Gericht)?

Bitte legen Sie je nach Verfahrensstand Polizeirapporte, Anklageschrift, Einstellungsverfügung, Strafbefehl oder Gerichtsurteil bei.

6. Anträge im Opferhilfeverfahren

Im nachfolgenden Abschnitt können Sie angeben, für welche Kosten Sie eine Übernahme durch die Opferhilfe beantragen. Bitte beachten Sie, dass die Opferhilfe nur zahlt, wenn niemand anders für den entstandenen Schaden aufkommt. Wir fragen daher auch nach den Leistungen von Versicherungen etc.

6.1. Soforthilfe / Kostenbeiträge für längerfristige Hilfe Dritter

Verfahrens- / Anwaltskosten

- Strafverfahren
- Sozialversicherungsrechtliches Verfahren
- Haftpflichtrechtliche Abklärungen
- Opferhilfeverfahren
- Anderes Verfahren

Weshalb sollen Ihnen diese Kosten bezahlt werden?

Wer ist Ihre Anwältin/Ihr Anwalt?

Geschlecht männlich weiblich neutrale Anrede

Name

Vorname

Firma/Organisation

Strasse/Nr.

Zusätzliche Adresszeile

Postleitzahl/Ort

Haben Sie ein Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung gestellt? ja nein

Falls nein, weshalb nicht?

Haben Sie eine Rechtsschutzversicherung? ja nein

Bitte legen Sie die entsprechenden Entscheide bei.



Psychotherapie

Anzahl beantragte Sitzungen: _____

Weshalb sollen Ihnen diese Kosten bezahlt werden?

Wer ist Ihre Therapeutin/Ihr Therapeut?

Geschlecht männlich weiblich neutrale Anrede

Name _____

Vorname _____

Firma/Organisation/
Praxis _____

Strasse/Nr. _____ Zusätzliche Adresszeile _____

Postleitzahl/Ort _____

Andere Therapieform

Therapieart: _____

Anzahl beantragte Stunden: _____

Weshalb sollen Ihnen diese Kosten bezahlt werden?

Wer ist Ihre Therapeutin/Ihr Therapeut?

Geschlecht männlich weiblich neutrale Anrede

Name _____

Vorname _____

Firma/Organisation/
Praxis _____

Strasse/Nr. _____ Zusätzliche Adresszeile _____

Postleitzahl/Ort _____



Medizinische Kosten

Beantragter Betrag: _____

Weshalb sollen Ihnen diese Kosten bezahlt werden?

Bitte Rechnung/en und Leistungsabrechnungen der Krankenkasse beilegen.

Andere Kosten (Fahrkosten, Notunterkunft, Übersetzungskosten, etc.)

Art der Kosten: _____

Beantragter Betrag: _____

Weshalb sollen Ihnen diese Kosten bezahlt werden?

Bitte Rechnungen beilegen.

Leistungserbringer:

Geschlecht männlich weiblich neutrale Anrede

Name _____

Vorname _____

Firma/Organisation/
Praxis _____

Strasse/Nr. _____ Zusätzliche Adresszeile _____

Postleitzahl/Ort _____

6.2. Versicherungsdeckung

Sind Sie bei Ihrem Arbeitgeber gegen Unfälle versichert? ja nein

Name Unfallversicherung: _____

Schadenummer: _____

Haben Sie Kosten bei der Unfallversicherung geltend gemacht? ja nein

Falls nein, weshalb nicht? _____

Bei welcher Krankenkasse sind Sie grundversichert?

Name Krankenkasse: _____

Haben Sie eine Krankenkassen-Zusatzversicherung? ja nein

Name Krankenkasse: _____

Bitte legen Sie relevante Entscheide, Rechnungen und Leistungsabrechnungen bei.



6.3. Entschädigung

Erwerbsausfall

Beantragter Betrag: _____

Erwerbsausfall ab: _____ Erwerbsausfall bis: _____

Weshalb sollen Sie diese Entschädigung erhalten?

Bitte legen Sie Arbeitsunfähigkeitszeugnisse und Taggeldabrechnungen bei.

Bestattungskosten

Beantragter Betrag: _____

Weshalb sollen Sie diese Entschädigung erhalten?

Bitte legen Sie Belege bei, welche den Schaden belegen.

Anderer Schaden (Versorgerschaden, Betreuungsschaden etc.)

Beschreibung des Schadens: _____

Beantragter Betrag: _____

Weshalb sollen Sie diese Entschädigung erhalten?

Bitte legen Sie Belege bei, welche den Schaden belegen.

Vorsorglicher Antrag, um die Frist zu wahren

Weshalb sollen Sie diese Entschädigung erhalten?



Vorschuss auf Entschädigung

Beantragter Betrag: _____

Beschreibung des Schadens: _____

Weshalb sollen Sie diese Entschädigung erhalten?

Bitte legen Sie Belege bei, welche den Schaden belegen.

Sind Sie bei Ihrem Arbeitgeber gegen Unfälle versichert? ja nein

Name Unfallversicherung: _____

Schadenummer: _____

Haben Sie Kosten bei der Unfallversicherung geltend gemacht? ja nein

Falls nein, weshalb nicht? _____

Erwarten oder erhalten Sie Versicherungsleistungen (Unfall-Taggelder, Leistungen einer Haftpflichtversicherung, IV-Taggelder, Renten etc.)? ja nein

Name des Leistungserbringers: _____

Schadenummer: _____

Art der Leistung: _____

Betrag: _____

6.4. Genugtuung

Beantragen Sie eine Genugtuung? ja nein

Wie hoch soll die Genugtuung sein?

Betrag: _____

Angemessener Betrag

Vorsorglicher Antrag, um die Frist zu wahren

Weshalb sollen Sie eine Genugtuung erhalten?

Bitte legen Sie Belege für Ihre Beeinträchtigungen bei (bspw. Arzt- oder Therapieberichte)

Haben Sie bei der Unfallversicherung eine Integritätsentschädigung beantragt? ja nein



7. Leistungen der Opferberatungsstelle und der Täterschaft

Hat eine Opferberatungsstelle Soforthilfe geleistet? ja nein

Soforthilfe für was: _____

Betrag: _____

Haben Sie im Strafverfahren eine Genugtuung geltend gemacht? ja nein

Falls nein, weshalb nicht? _____

Wurde Ihnen im Strafverfahren eine Genugtuung zugesprochen?

ja, Betrag: _____

Genugtuungsanspruch wurde auf Zivilweg verwiesen

Genugtuung wurde abgewiesen

Strafverfahren noch hängig

Haben Sie die Täterschaft zur Zahlung aufgefordert? ja nein

Falls nein, weshalb nicht? _____

Hat die Täterschaft bereits etwas bezahlt?

ja, Betrag: _____

nein

8. Finanzielle Verhältnisse

Wenn Sie die Übernahme von **Kostenbeiträgen** oder **Entschädigung** beantragen, ist die Höhe einer allfälligen Leistung der Opferhilfe von Ihren finanziellen Verhältnissen abhängig. Wir benötigen daher entsprechende Angaben zu Ihrem Einkommen und Vermögen bzw. Ihrem Haushalt. Bitte beantworten Sie folgende Fragen, falls Sie ein Gesuch um **Kostenbeiträge** und/oder **Entschädigung** gestellt haben.

Befinden Sie sich in Erstausbildung? ja nein

Wohnen Sie mit jemandem im gleichen Haushalt? ja nein

Personen, mit denen Sie im gemeinsamen Haushalt leben:

	Name	Vorname	Geburtsdatum
Ehepartner/in	_____	_____	_____
Eingetragene/r Partner/in	_____	_____	_____
Konkubinatspartner/in	_____	_____	_____
Eltern	_____	_____	_____
Eltern	_____	_____	_____
Kind 1	_____	_____	_____
Kind 2	_____	_____	_____
Kind 3	_____	_____	_____
Kind 4	_____	_____	_____

Bitte reichen Sie uns Ihre aktuelle Steuererklärung ein. Falls Sie minderjährig sind oder sich in Erstausbildung befinden, reichen Sie die Steuererklärung von im gleichen Haushalt lebenden Elternteilen ein. Wenn Sie in einer Partnerschaft leben, reichen Sie zusätzlich zu Ihrer Steuererklärung die Steuererklärung Ihrer Partnerin/Ihres Partners ein.



9. Bank-/Postkonto

Name der Bank/Post _____
IBAN _____
Konto lautend auf:
Name _____ Vorname _____
Strasse/Nr. _____ Postleitzahl/Ort _____

10. Entbindung von der Schweigepflicht

Welche Ärztinnen/Ärzte oder Therapeutinnen/Therapeuten können über Ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Ihre Behandlung und den Heilungsverlauf Auskunft geben?

Die gesuchstellende Person _____
(Vorname, Nachname und Geburtsdatum) entbindet folgende Ärztinnen/Ärzte oder Therapeutinnen/Therapeuten von der Schweigepflicht und ermächtigt sie, der Kantonalen Opferhilfestelle bezüglich des Vorfalles vom _____
(Datum der Straftat) Bericht zu erstatten und erforderliche Unterlagen auszuhändigen.

Organisation/Institution/
Praxis/Spital _____
Name _____ Vorname _____
Strasse/Nr. _____ Postleitzahl/Ort _____

Organisation/Institution/
Praxis/Spital _____
Name _____ Vorname _____
Strasse/Nr. _____ Postleitzahl/Ort _____

Organisation/Institution/
Praxis/Spital _____
Name _____ Vorname _____
Strasse/Nr. _____ Postleitzahl/Ort _____

Ort _____ Datum _____

Unterschrift der
gesuchstellenden Person _____

11. Ermächtigung zur Einholung von Auskünften

Die gesuchstellende Person _____
(Vorname, Nachname und Geburtsdatum) bzw. ihre Vertretung ermächtigt involvierte Stellen (namentlich den Unfall-, Invaliden-, Krankenversicherer, das Sozialamt, die KESB und die Strafuntersuchungsbehörde), der Kantonalen Opferhilfestelle die für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung im Opferhilfverfahren erforderlichen Auskünfte bezüglich des Vorfalles vom _____ (Datum der Straftat) zu erteilen sowie die entsprechenden Unterlagen an diese herauszugeben.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift der
gesuchstellenden Person _____



12. Mitwirkungspflicht

Die gesuchstellende Person nimmt zur Kenntnis, dass die Kantonale Opferhilfestelle, soweit dies für die Abklärung des Anspruchs notwendig ist, Akteneinsicht bei der Polizei, den Strafuntersuchungsbehörden und den Gerichten nimmt. Die gesuchstellende Person bestätigt, ihre Antworten wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben, und nimmt zur Kenntnis, dass sie der Kantonalen Opferhilfestelle alle zur Beurteilung des Gesuches notwendigen Informationen und Unterlagen zur Verfügung stellen muss. Kommt sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nach, können unter Umständen keine Leistungen erbracht werden.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift der
gesuchstellenden Person _____