KANTON AARGAU

DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES
Kantonaler Sozialdienst

Fachbereich Opferhilfe
Telefon 062 835 29 87
www.ag.ch/dgs

Opferberatung Aargau
Vordere Vorstadt 5
Postfach
5001 Aarau

GESUCH UM KOSTENBEITRÄGE FÜR LÄNGERFRISTIGE HILFE DRITTER (THERAPIEKOSTEN)

Information

Bitte beantworten Sie alle Fragen und reichen Sie die Belege vollständig ein. Benötigen Sie Unterstützung, hilft Ihnen die Opferberatung Aargau unter der Nummer 062 835 47 90 gerne weiter.

Personalien

○ Frau ○ Herr

Name | Vorname

Strasse | Hausnummer

PLZ | Wohnort

Telefon (häufigste Erreichbarkeit) | Geburtsdatum

Nationalität | Nicht-CH: Bewilligungskategorie

Arbeitgeber (wird nicht kontaktiert) | Beruf/Tätigkeit

Zivilstand

○ ledig ○ verheiratet ○ getrennt ○ geschieden
○ verwitwet ○ eingetragene Partnerschaft ○ im Konkubinat *

* im Konkubinat seit (Monat und Jahr)

Opferstellung

○ selbst Opfer ○ angehörige Person des Opfers *

* Beziehung zum Opfer?

Vertretung

Beratungsstelle, Anwältin oder Anwalt, gesetzliche Vertretung (vollständige Adresse)

☐ Vollmacht liegt bei

Opferberatungsstelle

Haben Sie eine Beratungsstelle kontaktiert? ○ Nein ○ Ja, welche?

Zustellung Entscheid

Falls abweichend zur gesuchstellenden Person: Wem soll der Entscheid zugestellt werden?

Soll der Opferberatungsstelle eine Kopie des Entscheids zugestellt werden? ○ Ja ○ Nein

Soll der Therapieperson eine Kopie des Entscheids zugestellt werden? ○ Ja ○ Nein

Straftat und Verfahren

Tatort

Datum oder Zeitraum der Straftat

Ist die beschuldigte Person bekannt? ○ Nein ○ Ja *

* Name und Adresse der beschuldigten Person

Art der Beziehung zum direkten Opfer

Tathergang und Verletzungen? Schilderung (nicht erforderlich, wenn ein begründetes Urteil vorliegt)

Bitte vorhandene Arzt- und Therapieberichte beilegen.

Wurde eine Strafanzeige erstattet? ○ Nein ○ Ja, bei

Bitte je nach Verfahrensstand Polizeirapporte, Anklageschrift, Einstellungsverfügung, Strafbefehl oder Gerichtsurteil beilegen.

Sind Ihnen besondere Aufwendungen durch die Straftat entstanden?

○ Nein ○ Ja, welche?

Beabsichtigen Sie oder haben Sie an die beschuldigte Person bereits Forderungen gestellt?

○ Nein ○ Ja, welche?

Erwarten oder erhalten Sie Versicherungsleistungen?

○ Nein ○ Ja, von

Bitte entsprechende Belege beilegen.

Soforthilfe

Wurde Ihnen bereits Kostengutsprache für Soforthilfe durch eine Opferhilfeberatungsstelle erteilt?

○ Nein ○ Ja, für welchen Hilfebedarf?

Bezeichnung, Adresse und Ort der Opferhilfeberatungsstelle

Finanzielles

Beziehen Sie Sozialhilfe?

○ Ja * ○ Nein

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?

○ Ja * ○ Nein

*** Bitte entsprechende Belege beilegen (Sozialhilfebudget, EL-Entscheid, etc.)**

Ihre finanzielle Situation?

Falls Sie die beiden Fragen mit **Nein** beantwortet haben, geben Sie bitte Ihr aktuelles Einkommen und Vermögen und dasjenige Ihres Konkubinats-, Ehe- oder eingetragenen Partners oder Partnerin an. Sind Sie minderjährig oder volljährig und in Ausbildung, sind neben Ihren Einnahmen (bspw. Ausbildungslohn) auch die Angaben Ihrer im gleichen Haushalt lebenden Eltern erforderlich.

Monatliches Einkommen	Gesuchsteller(-in) bzw. Eltern	Partner(-in)
Monatslohn (netto) ○ x 12 ○ x 13		
Selbständigerwerbend (Jahresgewinn / 12)		
Salär minderjährige Kinder im Haushalt		
Taggelder (Suva, Krankenkasse, Arbeitslosengeld)		
Nebenerwerbseinkommen, Sitzungsgelder etc.		
Renten (IV, AHV inkl. Waisen, UVG, BVG, MV)		
Kinderzulagen (falls nicht im Lohn)		
Alimente für Kinder		
Alimente für gesuchstellende Person		
Vermögenseinkünfte / Wertschriftenertrag		
Anderes		
Total monatliches Einkommen	0	0

Bitte Lohnabrechnungen, Taggeldabrechnungen, Rentenbescheide und letzte detaillierte Steuerveranlagung beilegen.

Vermögen

Liegenschaften (Steuerwert)		
Wertschriften / Bank- und Postkonten		
Fahrzeuge		
Schulden (wird vom Total in Abzug gebracht)		
Total Vermögen	0	0

Kinder in Ihrem Haushalt

Name	Vorname	Geburtsdatum
Name	Vorname	Geburtsdatum
Name	Vorname	Geburtsdatum

Gewünschte finanzielle Leistungen

☐ **Psychologische Therapie** ☐ **Ärztliche psychologische Therapie**

☐ **Komplementärtherapie**

Aufwand in Sitzungen:

Name und Adresse Ihrer Therapieperson

Bitte legen Sie die ärztliche Anordnung bei.

☐ **Medizinische Kosten**

Betrag der medizinischen Kosten (falls bereits bezifferbar)

Bitte gewünschte Leistungen angegeben

Name und Adresse des Arztes oder der Ärztin

Bitte legen Sie Ihre aktuelle Krankenkassenpolice bei.

☐ **Anderes**

Betrag der geltend gemachten Kosten (falls bereits bezifferbar)

Bitte gewünschte Leistungen angegeben

Bemerkungen

Unterschrift und Ermächtigung

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mit meiner Unterschrift ermächtige ich den Fachbereich Opferhilfe die für die Abklärung notwendigen Unterlagen und Auskünfte bei Versicherungen, Behörden, Spitälern, Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten einzuholen. Ihre Eingabe wird elektronisch verarbeitet und die Papierform innert 90 Tagen ab Eingang vernichtet.

Ort

Datum

Unterschrift Gesuchsteller(-in) oder Vertretung

Haben Sie alle Unterlagen beigelegt?

- ☐ Anwaltsvollmacht / KESB-Beschluss (Beistand)
- ☐ Ärztliche Anordnung
- ☐ Krankenkassenpolice
- ☐ Polizeirapport / Anklage
- ☐ Einstellungsverfügung / Strafbefehl / Urteil / Zahlungsaufforderung
- ☐ Arztbericht / Therapiebericht
- ☐ Versicherungsleistungen
- ☐ Finanzielle Unterlagen (letzte detaillierte Steuerveranlagung, Lohnabrechnungen, Taggeldabrechnungen, Renten- und Ergänzungsleistungsentscheide, Sozialhilfebudget, Integritätsentscheide etc.)
- ☐ Einzahlungsschein
- ☐ Weitere Unterlagen