

Meldeformular für mögliche Versicherungsfälle im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt im Bereich der Kirchen und deren Einrichtungen

Aktenzeichen (sofern vorhanden)	Datum
---------------------------------	-------

Allgemeine Daten

Name und Anschrift der meldenden öffentlich-rechtlichen Religionsgemeinschaft oder deren Einrichtung:
Kundennummer/Unternehmensnummer:

Betroffene Person

Name und Vorname der betroffenen Person:
Geburtsdatum:
Ggf. gesetzliche/r Vertreter/in/Betreuer/in:
Anschrift:
Falls vorhanden, Telefonnummer:

Zustimmung der betroffenen Person zur Meldung inkl. Einverständnis mit der Weitergabe der zur Feststellung des Versicherungsfalles relevanten Unterlagen liegt vor

Angaben zur Tätigkeit

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beschäftigter/Beschäftigte | <input type="checkbox"/> Leiter/Leiterin Jugendgruppe/Teamer/Teamerin |
| <input type="checkbox"/> Ministrant/Ministrantin | <input type="checkbox"/> Praktikant/Praktikantin in der Kirchengemeinde |
| <input type="checkbox"/> Kirchenchormitglied | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar: |

Angaben bzw. Schilderungen über das Ereignis

Datum/Zeitraum des Ereignisses der Ereignisse:
Gibt es andere Personen, die Kenntnis von dem/den Ereignissen hatten oder erlangt hatten? Gibt es Beteiligte? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Beschuldigte Person Bitte tragen Sie den Namen des/der beschuldigten Person und dessen/deren berufliche/institutionelle Bezeichnung (z. B. Diakon, Pfarrer, Kaplan, Ordensperson) zum Zeitpunkt der Tat ein, soweit Ihnen diese bekannt sind. Name: Anschrift:
Tatort An welchem Ort hat sich der Missbrauch ereignet (z. B.: Pfarrei, Schule, Internat)? Name: Anschrift:
Wurde ein kirchenrechtliches Verfahren (z. B. Disziplinarverfahren) und/oder ein staatliches Strafverfahren durchgeführt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit folgendem Ergebnis:
Wurden Maßnahmen gegen die beschuldigte Person verhängt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hat die Kirche Unterstützungsleistungen (z. B. Therapiekosten) gezahlt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, können Sie uns ggf. die Unterlagen hierüber zur Verfügung stellen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wurde ein Verfahren zur Anerkennung des Leids / des erlittenen Unrechts geführt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, ist ggf. das Ergebnis (Anerkennungsleistungen) bekannt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Können Sie uns ggf. Unterlagen hierüber zur Verfügung stellen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wurden Verfahren im Rahmen des Ergänzenden Hilfesystems (EHS) oder im Rahmen des Opferentschädigungsgesetzes (OEG) geführt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, ist ggf. das Ergebnis bekannt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Können Sie uns ggf. Unterlagen hierüber zur Verfügung stellen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Bitte nennen Sie uns eine Ansprechperson der meldenden Stelle:

Name:
Funktion:
Telefonnummer: