

Antragsformular

Sie waren Opfer sexualisierter Gewalt.

Mit diesem Formular stellen Sie einen Antrag auf Gewährung von Hilfen.

Senden Sie Ihren Antrag an die diese Anschrift:

Kommission zur Aufarbeitung sexualisierter Gewalt
in der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz
Geschäftsstelle
Georgenkirchstraße 69
10249 Berlin

Bitte tragen Sie hier Ihren Namen und Ihre Anschrift ein:

Wo wurden Sie Opfer sexualisierter Gewalt?

Bitte nennen Sie hier den genauen Ort:

Wann genau ist das passiert?

Bitte nennen Sie hier das genaue Datum oder einen Zeitraum:

Wer war für die sexualisierte Gewalt verantwortlich?

Bitte nennen Sie hier den Täter oder die Täterin.

Oder die Täter oder Täterinnen, wenn es mehrere Personen waren:

Wenn es eine Zeugin oder einen Zeugen gibt, dann nennen Sie hier bitte den Namen.
Eine Zeugin oder ein Zeuge ist eine Person, die eine Tat gesehen hat
oder von dieser Tat wusste.

Bitte schreiben Sie hier auf, was genau passiert ist.
Benutzen Sie ein zusätzliches Blatt Papier, wenn der Platz auf dieser Seite nicht ausreicht.

Wir möchten die Prüfung Ihres Antrags so aufbauen, dass Ihre Wünsche dabei beachtet werden. Der Ablauf der Prüfung soll Sie so wenig wie möglich belasten. Bitte beantworten Sie deshalb die folgenden Fragen.

Gibt es aktuell ein Gerichtsverfahren gegen die Person, die für die sexualisierte Gewalt verantwortlich war?

Ja Nein

Möchten Sie eine Unterstützung bekommen durch eine Verfahrenslotsin oder einen Verfahrenslotsen?

Ja Nein

Wenn Sie „Ja“ angekreuzt haben: Soll dies eine Frau oder ein Mann sein?

Frau Mann

Möchten Sie eine Vertrauensperson nennen, die Sie beim Verfahren zur Prüfung Ihres Antrags unterstützt?

Ja Nein

Welche Vertrauensperson soll das sein?

Bitte schreiben Sie den Namen und die Anschrift der Vertrauensperson hier auf:

Soll die Vertrauensperson Sie mit einer Vollmacht vertreten?

Ja Nein

Die Vertrauensperson kann dann selbständig handeln im Prüfungsverfahren:

Zum Beispiel kann sie Erklärungen für Sie abgeben, wenn Sie nicht dabei sind.

Die Vertrauensperson kann dann auch Informationen oder Dokumente von der Kommission bekommen. Die Vertrauensperson darf aber keine Untervollmacht ausstellen.

Sie darf einer anderen Person nicht den Auftrag geben, im Verfahren zu handeln.

Bitte kreuzen Sie **nur eine** dieser 4 Möglichkeiten für das Prüfungsverfahren an:

- Sie kommen **persönlich** zu einem Gespräch mit den Mitgliedern der Kommission.
Dafür bekommen Sie eine Einladung per Post oder als E-Mail mit den Informationen zum Datum und zum Ort des Gesprächs.
- Sie kommen **persönlich** zum Gespräch mit den Mitgliedern der Kommission **und** Ihre **Vertrauensperson** begleitet sie dabei.
Dafür bekommen Sie eine Einladung per Post oder als E-Mail.
- Ihre Vertrauensperson nimmt **stellvertretend** für Sie am Gespräch teil.
Sie sind **nicht persönlich** beim Gespräch mit der Kommission dabei.
Ihre Vertrauensperson bekommt eine Einladung und Sie werden über den Termin des Gesprächs informiert.
- Sie möchten **kein Gespräch**: Die Prüfung Ihres Antrags soll **schriftlich** ablaufen.

Am Gespräch können alle Personen teilnehmen, die Sie in der folgenden Liste finden.
Wenn Sie mit der Teilnahme der Personen einverstanden sind,
dann machen Sie bitte je ein Kreuz:

- die Präsidentin oder der Präsident des Konsistoriums
Das Konsistorium ist die oberste kirchliche Verwaltungsbehörde.
- die General-Superintendentin oder der General-Superintendent
Das sind Mitglieder der Kirchenleitung der EKBO, die für bestimmte Regionen der EKBO verantwortlich sind
- Ihre Vertrauensperson
- die Verfahrenslotsin oder der Verfahrenslotse,
wenn Sie sich für eine Unterstützung durch diese Person entschieden haben
- eine Person aus einer Interessenvertretung für Personen,
die Opfer von sexualisierter Gewalt waren

Bitte kreuzen Sie an dieser Stelle an, welche Hilfe Sie möchten:

- Unterstützung durch Psychotherapie
- Unterstützung durch finanzielle Hilfe

Sind Sie einverstanden, dass wir Sie anrufen:

- Ja
- Nein

Wenn „Ja“, bitte tragen Sie hier Ihre Telefonnummer ein:

Sind Sie einverstanden, dass wir Sie per E-Mail kontaktieren:

- Ja
- Nein

Wenn „Ja“, Bitte tragen Sie hier Ihre E-Mail-Adresse ein:

Wichtig:

Damit Ihr Antrag geprüft werden kann, müssen alle Ihre Informationen richtig sein.
Wenn Informationen in diesem Antrag falsch sind, dann können Sie keine Hilfe bekommen.
Außerdem dürfen Sie mit Ihren Angaben nicht gegen Gesetze verstoßen:
Sie dürfen zum Beispiel eine Person nicht ohne Grund als Täter oder Täterin der sexualisierten Gewalt nennen.

Ort:

Datum:

Ihre Unterschrift: