



STIFTUNG **OPFERHILFE**
der Kantone SG/AI/AR

GESUCH UM ÜBERNAHME DER THERAPIEKOSTEN gem. Art. 13 und Art. 16 OHG

Personalien

Familienname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Bei Unmündigen Name
Mutter / Vater _____

minderjährige oder unter-
stützungspflichtige Kinder _____

Nationalität _____

Zivilstand _____

Beruf / Tätigkeit _____

Strasse _____

PLZ / Wohnort _____

Tel. Nr. _____

Vollmacht

Ich bevollmächtige

Name _____ Vorname _____

Institution _____

Adresse _____

Telefon _____

im Rahmen dieses Gesuchsverfahrens und einem allfälligen Rechtsmittelverfahren bis auf Widerruf meine Interessen wahrzunehmen und zu vertreten.

Unterschrift der gesuchstellenden Person

Zum Delikt

Datum _____

Ort _____

Beschreibung des Deliktes und der aktuellen Situation

Wurde Strafanzeige erstattet? ja nein

Ist der Täter / die Täterin bekannt? ja nein

Name _____

Wurde ein Strafverfahren eingeleitet? ja nein

wo _____

Werden Zivilforderungen geltend gemacht? ja nein

Wurde eine Anwältin / ein Anwalt beigezogen? ja nein

Name und Adresse _____

Opferberatungsstelle

Haben Sie sich an eine Opferberatungsstelle der Kantone SG/AI/AR oder eines anderen Kantons gewandt?

Ja
Name der Opferberatungsstelle _____

Kontaktperson _____

Nein

Soll die Opferberatungsstelle Kopien der Verfügungen und der Korrespondenz zur Kenntnisnahme erhalten?

Ja Nein

Therapie

Name und Adresse des Therapeuten / der Therapeutin

Fachliche Voraussetzung des Therapeuten / der Therapeutin

- kantonale Praxisbewilligung
- Fachtitel Psychotherapeut SPV oder SBAP
- Fachpsychologe/in für Psychotherapie FSP
- Arzt/Ärztin mit anerkannter abgeschlossener Ausbildung in Psychotherapie
- entsprechende Ausbildung im Ausland

Wer hat die Therapie verordnet / eingeleitet

Weshalb wurde diese Therapie gewählt

Zielsetzungen

Aufstellung der beantragten Leistungen

Fr. _____

Fr. _____

Fr. _____

 Ev. Beilage Therapiebericht

Unfallversicherung / Krankenversicherung

Die Unfallversicherung erbringt Leistungen ja nein

Die Krankenversicherung erbringt Leistungen ja nein

Falls „nein“, bitte Entscheid einreichen.

Andere _____

Finanzielle Verhältnisse

Diesem Gesuch sind folgende Unterlagen beizulegen:

- ➔ aktuelle „Berechnung zur Staats- und Gemeindesteuerveranlagung“, woraus Reineinkünfte und das Reinvermögen ersichtlich sind
- ➔ bei Unterstützung durch Sozialhilfe: Bestätigung durch Sozialamt
- ➔ ev. Lohnabrechnungen
- ➔ andere

Überweisung der beantragten Leistungen

Der beantragte Betrag ist zu überweisen an

Name der Bank _____

Konto - Nr. _____

Postcheckkonto _____

Ort _____

Datum _____

Unterschrift der gesuchstellenden Person:

Beilagen

- aktuelle „Berechnung zur Staats- und Gemeindesteuerveranlagung“, woraus Reineinkünfte und das Reinvermögen ersichtlich sind
- Bestätigung durch Sozialamt
- Lohnabrechnungen
- andere
- Therapiebericht

Auf unserer Homepage www.opferhilfe-sg.ch finden Sie die Richtlinien zur Übernahme von Therapiekosten durch die Stiftung Opferhilfe gem. Art. 13 und Art. 16 OHG sowie Vorlagen für Therapieberichte.

Dieses Gesuch reichen Sie bitte bei folgender Adresse ein:
Stiftung Opferhilfe der Kantone SG/AI/AR, Teufenerstrasse 11, 9001 St. Gallen