

**Per Post an:**  
WEISSER RING  
Alserbachstraße 18/6  
1090 Wien

**Oder per E-Mail an:**  
[hilfsfonds@weisser-ring.at](mailto:hilfsfonds@weisser-ring.at)

**Ansuchen auf  
Kostenübernahme für psychosoziale Nachversorgung  
aus den Mitteln des „Hilfsfonds für Opfer von Verbrechen besonderer  
Schwere und Tragweite“**

**Bitte übermitteln Sie dieses Ansuchen immer gemeinsam mit der Einwilligung zur Datenverarbeitung.**

|                                                                                                                                                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Persönliche Daten der ansuchenden Person:</b>                                                                                                     |  |
| Name:                                                                                                                                                |  |
| Geburtsdatum:                                                                                                                                        |  |
| Anschrift:                                                                                                                                           |  |
| Telefonnummer:                                                                                                                                       |  |
| E-Mail:                                                                                                                                              |  |
| Versicherung:                                                                                                                                        |  |
| <b>Angaben zur erziehungsberechtigten/bevollmächtigten Person</b><br>(Nur ausfüllen, wenn das Ansuchen für eine minderjährige Person gestellt wird): |  |
| Name:                                                                                                                                                |  |
| Geburtsdatum:                                                                                                                                        |  |
| Anschrift<br>(falls abweichend):                                                                                                                     |  |
| Telefonnummer<br>(falls abweichend):                                                                                                                 |  |
| E-Mail:                                                                                                                                              |  |
| Versicherung:                                                                                                                                        |  |

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Erklärung zur Betroffenheit vom Vorfall am BORG Dreierschützengasse:</b><br><i>Bitte geben Sie an, in welcher Form Sie betroffen sind (Mehrfachnennungen möglich)</i> |                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                 | Ich bin direkt betroffen und habe einen Bescheid nach dem Verbrechensopfergesetz (VOG) erhalten.                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                 | Ich war zum Zeitpunkt des Vorfalls in der Schule anwesend.                                                                |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                 | Ich bin Elternteil, Schwester:Bruder oder enge Bezugsperson einer direkt betroffenen Person.                              |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                 | Ich bin Familienangehörige:r und habe mich am Tag der Tat vor der Schule aufgehalten (z. B. beim Abholen oder Bringen).   |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                 | Ich bin ehemalige:r Schüler:in oder Lehrkraft und habe eine persönliche Beziehung zu Täter oder Opfer.                    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                 | Ich war als Ersthelfer:in am Tatort tätig.                                                                                |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                 | Ich gehöre zur Schulgemeinschaft (z. B. Lehrkraft, Mitarbeiter:in, Schüler:in), war am Tag der Tat jedoch nicht anwesend. |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                 | Ich bin seit dem Schuljahr 2025/26 neu an der Schule (Schüler:in, Lehrkraft, Mitarbeiter:in).                             |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                 | Sonstiges:                                                                                                                |

|                                                                                                   |                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Angaben zur beantragten Maßnahme:</b> <i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>                    |                                                                                 |
| <b>Therapieformen <u>mit</u> möglichem Kostenzuschuss der Krankenkasse:</b>                       |                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>                                                                          | Psychotherapie                                                                  |
| <input type="checkbox"/>                                                                          | Klinisch-Psychologische Behandlung                                              |
| <input type="checkbox"/>                                                                          | Psychiatrisch-fachärztliche Behandlung (Wahlarzt/Wahlärztin mit Rückerstattung) |
| <input type="checkbox"/>                                                                          | Sonstige:                                                                       |
| <b>Wenn Anspruch auf Kostenzuschuss der Krankenkasse besteht, wurde dieser:</b>                   |                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>                                                                          | Nicht beantragt                                                                 |
| <input type="checkbox"/>                                                                          | Beantragt – in Bearbeitung                                                      |
| <input type="checkbox"/>                                                                          | Bewilligt – Höhe _____ €                                                        |
| <input type="checkbox"/>                                                                          | Abgelehnt                                                                       |
| <b>Therapieformen <u>ohne</u> Kostenzuschuss der Krankenkasse:</b>                                |                                                                                 |
| <input type="checkbox"/>                                                                          | Psychotherapie bei Therapeut:in in Ausbildung unter Supervision (i.A.u.S.)      |
| <input type="checkbox"/>                                                                          | Musiktherapie                                                                   |
| <input type="checkbox"/>                                                                          | Bewegungs- und Körpertherapien                                                  |
| <input type="checkbox"/>                                                                          | Tiergestützte Therapien                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                          | Sonstige:                                                                       |
| <b>Wurden schon Rechnungen bezahlt?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |                                                                                 |
| <b>Name der behandelnden Fachperson/Einrichtung:</b>                                              |                                                                                 |
| <b>Telefonnummer der Fachperson/Einrichtung für Rückfragen:</b>                                   |                                                                                 |
| <b>Start:</b>                                                                                     | <b>Geplantes Ende (falls bekannt):</b>                                          |
| <b>Häufigkeit (falls bekannt):</b>                                                                |                                                                                 |
| <b>Kosten pro Einheit:</b>                                                                        |                                                                                 |

## **Kostenübernahme und erforderliche Unterlagen**

### **1. Therapieformen mit Kostenzuschuss durch die Krankenkasse oder andere Kostenträger:**

#### **1.a) Die Rechnung wurde bereits bezahlt und bei der Krankenkasse eingereicht**

In diesem Fall erfolgt die Unterstützung durch die Übernahme der verbleibenden Restkosten. Die Rückerstattung wird auf Ihr Konto überwiesen. Bitte legen Sie dem Ansuchen folgende Unterlagen bei:

- Rechnung der behandelnden Fachperson
- Bestätigung der ärztlichen Untersuchung bei Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung (Überweisung vom Haus- oder Facharzt bzw. von der Haus- oder Fachärztin)
- Zahlungsnachweis (Überweisungsbestätigung)
- Nachweis über den Kostenzuschuss der Krankenkasse (oder anderer Kostenträger)
- Ihre Bankverbindung:

|                       |       |
|-----------------------|-------|
| Name Kontoinhaber:in: |       |
| BIC:                  | IBAN: |
| Bezeichnung der Bank: |       |

#### **1.b) Die Rechnung wurde noch nicht bezahlt**

In diesem Fall kann der WEISSE RING die Rechnung direkt begleichen. Die Rückforderung des Kostenzuschusses bei der Krankenkasse erfolgt anschließend durch den WEISSEN RING. Bitte legen Sie dem Ansuchen folgende Unterlagen bei:

- Rechnung der behandelnden Fachperson
- Bestätigung der ärztlichen Untersuchung bei Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung (Überweisung vom Haus- oder Facharzt bzw. von der Haus- oder Fachärztin)
- Unterzeichnete Abtretungserklärung

### **2. Therapieformen ohne Kostenzuschuss durch die Krankenkasse oder andere Kostenträger:**

Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen dem WEISSEN RING und der behandelnden Fachperson bzw. der Einrichtung. Bitte legen Sie dem Ansuchen folgende Unterlagen bei:

- Kostenvoranschlag oder Rechnung der Fachperson bzw. Einrichtung
- Bankverbindung der Fachperson bzw. Einrichtung

Falls Sie eine:n **Dolmetscher:in** benötigen, schicken Sie bitte ebenso den Kostenvoranschlag oder die Rechnung mit.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
Unterschrift der ansuchenden Person  
oder seiner/s gesetzlichen Vertreters/in

**Bitte schicken Sie das Formular per E-Mail an [hilfsfonds@weisser-ring.at](mailto:hilfsfonds@weisser-ring.at) oder per Post an WEISSER RING, Alserbachstraße 18/6, 1090 Wien**

**Per Post an:**  
WEISSER RING  
Alserbachstraße 18/6  
1090 Wien

**Oder per Email an:**  
[hilfsfonds@weisser-ring.at](mailto:hilfsfonds@weisser-ring.at)

**Einwilligung in die Datenverarbeitung – Unterstützungsleistung aus dem  
„Hilfsfonds für Opfer von Verbrechen besonderer Schwere und Tragweite“**

**Die Einwilligung ist nötig, damit Ihr Ansuchen bearbeitet werden kann.**

**Ich,**

|                     |  |
|---------------------|--|
| Name:               |  |
| Geburtsdatum:       |  |
| Anschrift:          |  |
| Telefonnummer:      |  |
| Email:              |  |
| Staatsangehörigkeit |  |

willige ein, dass

- das Sozialministeriumservice (SMS) meine Personenstammdaten und alle Unterlagen, die zur Entscheidung über eine etwaige Hilfeleistung aus dem Hilfsfonds erforderlich sind, an den WEISSEN RING Verbrechensopferhilfe (WR) weiterleitet. Davon sind ausdrücklich auch Gesundheitsdaten iSd Art 9 DSGVO erfasst.
- der WR meine persönlichen Daten und die Höhe der zuerkannten Hilfeleistung auf Anfrage an das SMS sowie das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGKP) bekannt gibt.
- der WR die für eine Entscheidung über die Höhe einer allfälligen Unterstützungsleistung notwendigen persönlichen Daten und Unterlagen, sofern erforderlich, an das unabhängige Expert\*innengremium weiterleitet.
- der WR, soweit erforderlich, meine persönlichen Daten und erhaltenen Unterlagen an eine\*n externe\*n gerichtlich beeidete\*n Gutachter\*in weiterleitet und diese\*r meine Daten zum Zwecke der Gutachtenerstellung verarbeitet.
- der WR Informationen zum Gesundheitszustand bzw. der erlittenen Gesundheitsschädigung bei Dritten zum Zwecke der Abwicklung der Hilfeleistung einholen darf.
- der WR die zur Verfügung gestellten Unterlagen sowie die Dokumentation der Beratung und der Entscheidungen im Rahmen des Ansuchens nach den Regeln des Hilfsfonds in einer Datenbank speichert.

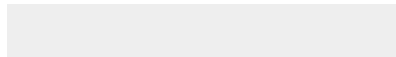
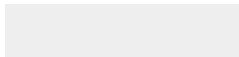
- der WR die Empfehlung des Expert\*innengremiums sowie die darauf basierende Entscheidung über die Hilfeleistung samt meinen persönlichen Daten auf Anfrage zum Zwecke der Überprüfung der Verwendung von Bundesmitteln an das BMASGPK weiterleitet.

Meine Daten werden vom SMS und vom WR zur Durchführung und Vorbereitung zivilrechtlicher Ansprüche in Zusammenhang mit der Gewährung von Hilfeleistungen auf Grundlage des Art 6 Abs 1 lit f DSGVO verarbeitet. Soweit besondere Kategorien personenbezogener Daten (insbesondere Gesundheitsdaten) verarbeitet werden, erfolgt dies auf Basis der vorliegenden Einwilligung.

Ich habe das Recht, diese Einwilligung jederzeit durch einfache Erklärung gegenüber dem **Sozialministeriumservice** (Babenbergerstraße 5, 1010 Wien, E-Mail: [post.wien@sozialministeriumservice.gv.at](mailto:post.wien@sozialministeriumservice.gv.at)) oder dem **WEISSEN RING** (Alserbachstraße 18/6, 1090 Wien, E-Mail: [office@weisser-ring.at](mailto:office@weisser-ring.at)) zu widerrufen.

Durch diesen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf nicht berührt. Ich nehme zur Kenntnis, dass der WR ohne Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten unter Umständen nicht in der Lage ist, die mir zustehende Hilfeleistung zu bemessen.

Mir ist bekannt, dass alle genannten Institutionen dazu verpflichtet sind, die auf dieser Grundlage übermittelten Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln. Die Daten werden ausschließlich im Rahmen der Bearbeitung meiner Ansuchen oder Anträge an WR und SMS verwendet.

 , 

.....  
(Ort, Datum)

.....  
Unterschrift des/r Antragstellers/in  
oder seiner/s gesetzlichen Vertreters/in

**Bitte schicken Sie die Einwilligung per Email an [hilfsfonds@weisser-ring.at](mailto:hilfsfonds@weisser-ring.at) oder per Post an WEISSER RING, Alserbachstraße 18/6, 1090 Wien**