

Antrag auf Kostenübernahme

Bitte die zutreffenden Felder ankreuzen und den Antrag vollständig ausfüllen sowie die erforderlichen Bescheinigungen beifügen!

Schicken Sie den Antrag per E-Mail an: claudia.marcinek@bistum-essen.de

oder per Post an:

Bistum Essen Generalvikariat

Stabsbereich Prävention, Intervention und Aufarbeitung sexualisierter Gewalt

z. Hd. Referentin für Betroffenenarbeit Frau Claudia Marcinek

Zwölfling 16, 45127 Essen

A) **Ambulante Psychotherapie**

B) **Stationäre Psychotherapie**

C) **Kur**

D) **Reha**

E) **Psychosoziale Beratung**

Persönliche Angaben:

Name, Vorname:	
Geburtsname:	
Geburtsort:	
Geburtsdatum:	
Aktuelle Anschrift:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Ich bin Betroffener sexualisierter Gewalt im Bistum Essen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hinweis: Nur Betroffene können einen Antrag stellen. Wenn Sie „nein“ angekreuzt haben und für einen Betroffenen in dessen Auftrag einen Antrag stellen möchten, wenden Sie sich bitte vorab an die Referentin für Betroffenenarbeit.

Ich stelle einen Antrag	
<input type="checkbox"/> zu A) Ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Therapiekonzept des behandelnden oder für eine Behandlung vorgesehenen Therapeuten ist beigefügt <input type="checkbox"/> Bescheinigung meiner Krankenkasse ist beigefügt Hinweis: Aus der Bescheinigung muss hervorgehen, dass die Kosten für die im Therapiekonzept geplanten Maßnahmen von meiner Krankenkasse nicht übernommen werden.
<input type="checkbox"/> zu B) Stationäre Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Erklärung meines behandelnden Therapeuten, in der die Notwendigkeit der stationären Therapie bescheinigt wird, ist beigefügt <input type="checkbox"/> Bescheinigung meiner Krankenkasse ist beigefügt Hinweis: Aus der Bescheinigung muss hervorgehen, dass die Kosten für die stationäre Psychotherapie von meiner Krankenkasse nicht übernommen werden.
<input type="checkbox"/> zu C) Kur	<input type="checkbox"/> Erklärung meines behandelnden Therapeuten oder Hausarztes, in der die Notwendigkeit der Kur bescheinigt wird, ist beigefügt <input type="checkbox"/> Bescheinigung meiner Krankenkasse (oder in der in meinem Fall für die Genehmigung einer Kur zuständigen Institution) ist beigefügt Hinweis: Aus der Bescheinigung muss hervorgehen, dass die Kosten für die Kur von meiner Krankenkasse bzw. der zuständigen Institution nicht übernommen werden.
<input type="checkbox"/> zu D) Reha	<input type="checkbox"/> Erklärung meines behandelnden Therapeuten oder Hausarztes, in der die Notwendigkeit der Reha bescheinigt wird, ist beigefügt <input type="checkbox"/> Bescheinigung der in der in meinem Fall für die Genehmigung einer Reha zuständigen Institution ist beigefügt Hinweis: Aus der Bescheinigung muss hervorgehen, dass die Kosten für die Reha von der zuständigen Institution (z. B. gesetzliche Rentenversicherung) nicht übernommen werden.
<input type="checkbox"/> zu E) Psychosoziale Beratung	Bitte kontaktieren Sie die zuständige Referentin für Betroffenenarbeit und stimmen Ihren Bedarf zu psychosozialer Beratung mit Frau Marcinek ab. Zu E) reicht ein formloser Antrag.

Ich möchte ergänzende Informationen zum Antrag mitteilen (bei Bedarf):

Hinweise zum Antragsverfahren:

- Es besteht kein Rechtsanspruch auf eine Kostenübernahme durch das Bistum Essen. Dies ist eine freiwillige Leistung des Bistums Essen über deren Bewilligung eine unabhängige Antragskommission entscheidet.
- Bitte lassen Sie sich vor Abgabe Ihres Antrags von der Referentin für Betroffenenarbeit beraten!
- Die mit der Antragstellung verbundenen Daten werden im Stabsbereich Prävention, Intervention und Aufarbeitung sexualisierter Gewalt verarbeitet. Zwei ehrenamtlich tätige Personen, die durch den Generalvikar des Bistums Essen für drei Jahre ernannt wurden, entscheiden über den eingereichten Antrag unabhängig. Alle mit der Antragstellung verbundenen Daten und für die Entscheidung des Antrags erforderlichen Daten werden diesen beiden Ehrenamtler vertraulich übermittelt.
- Das Bistum Essen ist gesetzlich verpflichtet, an Betroffene geleistete Zahlungen dem zuständigen Finanzamt mitzuteilen. Im Falle einer Genehmigung des Antrags wird die Zahlung dem zuständigen Finanzamt gemeldet.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die o. g. Hinweise zur Kenntnis genommen habe und mit einer Bearbeitung meines Antrags einverstanden bin.

Ort, Datum

Unterschrift