À l’attention du

# service du ministère des Affaires sociales

Babenbergerstraße 5

A-1010 Vienne

E-mail : post.wien@sozialministeriumservice.at

Demande de prestation d’assistance au titre de la loi autrichienne sur les victimes de crimes (VOG)

Dans chaque cas, les informations doivent être étayées par des actes et documents appropriés

###### POUR VICTIME SURVIVANT PAYEUR DES FRAIS FUNÉRAIRES

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de famille :** | | **Prénom :** | | |
| **Sexe :**  femme  homme | | **Numéro d’assurance/date de naissance :** | | |
| **Désignation (nom) et adresse de la caisse d’assurance maladie compétente :** | | | | |
| **État civil :**  célibataire  marié  veuf  divorcé | | | **Nationalité :** | |
| **Adresse :** | | | | |
| Rue/Allée/Place : Numéro/Escalier/Porte : | |  | | |
| Code postal : Commune : | |  | | |
| État/pays : | |  | | |
| **lieu de résidence habituel** (différent de la résidence principale) : | |  | | |
| **Numéro de téléphone** (avec indicatif) : | |  | | |
| **Coordonnées bancaires** (En cas de virement à l’étranger, il est essentiel d’indiquer le BIC au lieu du code de banque et l’IBAN au lieu du numéro de compte) : | | | | |
| Code de banque/BIC : | Numéro de compte courant/compte de chèque postal/IBAN : | | | Désignation de la banque : |
|  |  | | |  |

**À REMPLIR UNIQUEMENT si la demande est faite par une autre personne**

représentant légal (tuteur)  Administrateur

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de famille :** | **Prénom :** |
| **Sexe :**  femme  homme | **Numéro d’assurance/date de naissance** (uniquement pour les parents/conjoints) : |
| **Adresse :** | |
| Rue/Allée/Place : Numéro/Escalier/Porte : |  |
| Code postal/commune : |  |
| État : |  |
| **Numéro de téléphone** (avec indicatif) : |  |

**Prestations demandées**

**(veuillez préciser)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Applicable  veuillez cocher la case |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indemnisation pour perte de revenus/prestation complémentaire liée au revenu** (pour les victimes uniquement) |  |
| **Indemnité forfaitaire pour préjudice moral (pour les infractions à partir du 01/06/2009)** |  |
| **Indemnisation pour perte alimentaire/prestation complémentaire liée au revenu** (pour les survivants uniquement) |  |
| Assistance médicale gratuite |  |
| Intervention en cas de crise |  |
| Soins orthopédiques |  |
| **Rééducation** |  |
| **Allocation de soins/allocation pour aveugle** (uniquement pour les victimes) |  |
| Remboursement des frais funéraires |  |

Détails du crime

|  |  |
| --- | --- |
| Le crime a eu lieu en date du : |  |
| à : |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la victime** (à remplir uniquement s’il est différent du demandeur) : | | | | | |
| **de la manière suivante** (description du déroulement des faits) : | | | | | |
|  | | | | | |
| Auteur inconnu  Nom du ou des auteurs : | | | | | |
| Une plainte a été déposée : | non  oui, auprès des (autorités) | | | | |
| Au tribunal de : | | | |  | |
| sous le numéro : | | | une procédure pénale a été  introduite  exécutée en raison du crime | | |
| L’auteur/les auteurs a/ont été jugé(s) : | | | non  oui  pas (encore) connu | | |
| Jugement (exécutoire) du | |  | | numéro : |  |

## D É C L A R A T I O N

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | **Je reconnais que les personnes qui ont renoncé à leur droit à des dommages-intérêts découlant du crime sont exclues de la prestation d’assistance au titre de la loi autrichienne sur les victimes de crimes (VOG).**  Je déclare  **ne pas** avoir renoncé et **ne pas**  renoncer à des dommages-intérêts  avoir renoncé à des dommages-intérêts |
|  | |
| 2. | J’/Je  ai fait valoir **mon droit à des dommages-intérêts pour le crime en question**  ferai **valoir mon droit à des dommages-intérêts pour le crime en question**  auprès de l’auteur  selon les règles d’indemnisation de ............................ (État) |
| 3. | J’accepte que les informations nécessaires, y compris (si nécessaire) les informations sur les revenus et la situation financière, puissent être obtenues auprès des autorités compétentes de l’administration fiscale, de l’employeur, des organismes de sécurité sociale, des tribunaux ou d’autres organismes compétents. |
| 4. | Je m’engage à communiquer dans les deux semaines tout changement concernant le versement de la prestation **au service du ministère des Affaires sociales**.  Je m’engage en outre à **rembourser les prestations indûment perçues.** |
| 5. | **Je reconnais que la prestation d’assistance fournie sera généralement recouvrée auprès de l’auteur.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Lieu | Date | Signature |

Pièces jointes :

Justificatif de nationalité

Confirmation de l’enregistrement, si la résidence principale n’est pas en Autriche