

Antrag auf Anerkennungsleistungen

Sehr geehrte*r Antragsteller*in,

Sie haben sich entschlossen, einen Antrag auf Leistungen in Anerkennung des erlittenen Unrechts zu stellen.

Diese Entscheidung kann für Sie mit vielen schmerzhaften Gefühlen und Erinnerungen verbunden sein. Bitte lassen Sie sich nicht von der Länge des Fragebogens abschrecken. Wir benötigen einen ausreichenden Eindruck von dem erlittenen Unrecht.

Die Kommission trifft ihre Entscheidung nicht auf der Grundlage einzelner Faktoren, die in der Summe eine Leistung ergeben. Vielmehr verschafft sich die Kommission ein umfassendes Gesamtbild anhand Ihrer Schilderungen und von Ihnen zur Verfügung gestellten Unterlagen, auf dessen Grundlage sie dann entscheidet.

Bitte füllen Sie den Antrag so vollständig wie möglich aus. Es steht Ihnen frei, Fragen, die Sie als unangenehm und zu schmerzhaft empfinden, nicht zu beantworten.

Sie haben die Möglichkeit, für das Ausfüllen des Antrags oder bei Fragen zum Anerkennungsverfahren auf die Unterstützung der Geschäftsstelle der Anerkennungskommission zurückzugreifen. Von der Geschäftsstelle erhalten Sie zudem alle wichtigen Informationen zum Ablauf des Verfahrens. Alternativ können Sie sich hierfür auch an die Ansprechstelle bzw. Fachstelle in der Landeskirche bzw. dem diakonischen Landesverband wenden.

Den Antrag auf Anerkennungsleistungen kann Ihnen die Geschäftsstelle der Anerkennungskommission auch per Post oder per E-Mail zusenden.

Die Anerkennungskommission der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern und ihrer Diakonie erreichen Sie wie folgt:

Geschäftsstelle der Anerkennungskommission
Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern / Landeskirchenamt (LB 5.2)
Katharina-von-Bora-Str. 7-13
80333 München

Telefon: 089/5595-422

E-Mail-Adresse: anerkennungskommission@elkb.de

Allgemeine Hinweise zum Ausfüllen des Formulars

Auf den folgenden Seiten werden Sie gebeten, Angaben zu dem Unrecht zu machen, welches Sie in der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern (ELKB) oder in einer Einrichtung der Diakonie Bayern erlitten haben. Machen Sie Ihre Angaben, soweit Sie sich erinnern und es Ihnen möglich ist. Die Beantwortung der Fragen kann für Sie emotional belastend sein, weil Erinnerungen an die erlebte sexualisierte Gewalt hervorgerufen werden.

Bitte nehmen Sie die Unterstützung der Geschäftsstelle, der Ansprechstelle für Betroffene oder der Meldestelle der ELKB bzw. Diakonie Bayern in Anspruch. Bitte beachten Sie folgende Hinweise zum Ausfüllen des Antrags:

- In einem ersten Schritt bitten wir Sie, Angaben zu Ihrer Person zu machen. Fügen Sie Ihrem Antrag bitte eine Kopie Ihres Personalausweises oder Reisepasses bei.
- Im nächsten Schritt bitten wir Sie, soweit es Ihnen möglich ist und Sie sich erinnern können, Angaben zum Tatkontext, zu Beschuldigten, zur erlittenen sexualisierten Gewalt, zu den Folgen und zum Verhalten der Institution zu machen.

Sollte es Ihnen nicht möglich sein, diesen Teil (vollständig) auszufüllen, können Sie stattdessen auch aussagekräftige Unterlagen einreichen, aus denen Ihr erlittenes Leid und/oder dessen Folgen hervorgeht (zum Beispiel Klinikbericht, Bericht Ihrer/s Psychotherapeut/in, Gerichtsurteil, Dokumentation der Fallbearbeitung in der Landeskirche oder im Landesverband).
- Abschließend benötigen wir einige Angaben zur Auszahlung der zugesprochenen Leistung (u.a. Kontoverbindung).
- Außerdem bitten wir Sie, uns die Kenntnisnahme der Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten/Angaben (Anlage 1 - Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen eines Anerkennungsverfahrens (sog. „Datenschutzhinweise“)) aus dem Antragformular und ggf. weiterer Anlagen im Rahmen des Anerkennungsverfahrens nach dem Kirchengesetz über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD-Datenschutzgesetz – DSGVO-EKD) im Rahmen der Unterzeichnung des Antragsformulars zu bestätigen.
- Wenn Sie einen Antrag auf Anerkennung stellen, sollten Sie wissen, dass entsprechend den neuen Standards aus der Anerkennungsrichtlinie die Mitarbeitenden der Geschäftsstelle und die Mitglieder der Anerkennungskommission der allgemeinen Meldepflicht für Fälle sexualisierter Gewalt unterliegen. Das bedeutet, dass – sofern noch nicht geschehen – eine Meldung an die zuständige Meldestelle der ELKB bzw. der Diakonie Bayern oder der evangelischen Schulstiftung (essbay) erfolgt. Das bedeutet, dass die zuständige Meldestelle die Daten bekommt, die Sie im Antrag unter Ziff. 1 und 2 gemacht haben. Zudem kann eine solche Meldung auch zu Interventions- und Disziplinarverfahren sowie Ermittlungen der Strafverfolgungsbehörden führen.
- Sollte der Vordruck an irgendeiner Stelle für Ihre Angaben nicht ausreichen, benutzen Sie bitte Zusatzblätter und geben Sie die Nummer der jeweiligen Frage an.

Den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag schicken Sie bitte per Post an die Geschäftsstelle der Anerkennungskommission:

Geschäftsstelle der Anerkennungskommission
Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern / Landeskirchenamt (LB 5.2)
Katharina-von-Bora-Str. 7-13
80333 München

Antrag auf Anerkennungsleistungen

1 Angaben zur Person

Geschlecht weiblich männlich divers keine Angabe

Name

Vorname

ggf. Geburtsname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon

E-Mail

Bevorzugte Kontaktaufnahme per Post Telefon E-Mail

2 Angaben zur erlittenen sexualisierten Gewalt

2.1 Institution

Bitte benennen Sie die Institution (Kirchengemeinde, Einrichtung etc.), in der Sie die sexualisierte Gewalt erlitten haben, und konkretisieren Sie ggf. den Tatort.

Name/Bezeichnung der Institution

Ort (Stadt)

Ggf. Beschreibung des Tatorts:

Welche Rolle / Position hatten Sie zu dieser Zeit inne? (z.B. Konfirmand*in, Chormitglied, Freizeitteilnehmer*in, Klient*in, Bewohner*in):

2.2 Zeitlicher Rahmen

Bitte benennen Sie, soweit es Ihnen möglich ist, wann und in welchem Zeitraum die Tat(en) stattgefunden haben:

Wie alt waren Sie zur Tatzeit bzw. zum Zeitpunkt der ersten Tat?

2.3 Beschuldigte Person(en)

Bitte geben Sie, soweit Ihnen dies bekannt und möglich ist, den/die Namen der beschuldigten Person(en) und dessen/deren Funktion zur Tatzeit an.

Name

Vorname

Rolle/Position der beschuldigten
Person zur Tatzeit

Ggf. Alter zur Tatzeit

2.4 Angaben zur erlittenen sexualisierten Gewalt

Bitte machen Sie, soweit es Ihnen möglich ist, Angaben zur sexualisierten Gewalt, die Sie erlitten haben. Bitte kreuzen Sie an und/oder ergänzen Sie, was Ihnen angetan wurde. Mehrfachnennungen sind möglich.

Sollte es Ihnen nicht möglich sein, diesen Teil auszufüllen, können Sie stattdessen auch Unterlagen einreichen, aus denen Ihr erlittenes Leid hervorgeht (zum Beispiel Klinikbericht, Bericht Ihrer*s Psychotherapeut*in, Gerichtsurteil, Dokumentation der Fallbearbeitung in der Landeskirche oder im Landesverband).

Hat jemand:

- in sexualisierter Weise mit Ihnen gesprochen und/oder anzügliche Bemerkungen z.B. über Ihr Aussehen gemacht.
- sein/ihr Geschlechtsteil vor Ihnen entblößt.
- sich vor Ihren Augen selbst befriedigt.
- Ihnen pornografische Darstellungen gezeigt /geschickt.
- Sie dazu gebracht, bei sexuellen Handlungen zuzusehen.



Sonstiges:

Jemand hat Sie für sexuelle Handlungen ausgenutzt:

- indem er/sie auf Sie eingewirkt hat, dass Sie an ihm/ihr eine sexuelle Handlung vornehmen.
- indem er/sie auf Sie eingewirkt hat, dass Sie eine sexuelle Handlung an sich selbst vornehmen.
- indem er/sie an Ihnen eine sexuelle Handlung vorgenommen hat.
- indem er/sie auf Sie eingewirkt hat, an einem Dritten eine sexuelle Handlung vorzunehmen.
- indem er/sie auf Sie eingewirkt hat, von einem Dritten an Ihnen eine sexuelle Handlung vornehmen zu lassen.
- Sonstiges:

Jemand hat die sexualisierte Gewalt:

- fotografiert und/oder gefilmt und/oder andere Formen von Abbildungen von Ihnen hergestellt.
- die Aufnahmen (z.B. im Internet) verbreitet.
- aufgenommen und mit der Verbreitung gedroht.
- Sonstiges:

Bitte schildern Sie, soweit es Ihnen möglich ist, die Umstände und den Hergang der Tat(en). Bitte geben Sie Ihre Erinnerungen so genau wie möglich wieder.

3 Folgen der erlittenen sexualisierten Gewalt

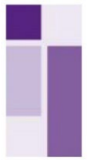
3.1 Psychische Folgen

Bitte geben Sie durch Ankreuzen der zutreffenden Aussagen und/oder in Stichpunkten an, unter welchen psychischen Beeinträchtigungen Sie in Folge der erlittenen Gewalt gelitten haben und/oder heute (noch) leiden:

[Hinweis: Bei den genannten Folgen handelt es sich nicht explizit um medizinisch-psychologische Diagnosen im Sinne des ICD-10.]

Früher Heute

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erleben von wiederkehrenden und einschränkenden Ängsten, die Sie im Alltag Beeinträchtigen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anhaltende Niedergeschlagenheit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Suizidgedanken |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Suizidversuch |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Posttraumatische Belastungsstörung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Identitätsprobleme (z.B.: Sie sind verunsichert in der Rolle als Mann, Frau, Vater, Mutter und/oder im Beruf) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kontakt- und Kommunikationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gedächtnisstörungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rückzugsverhalten (in sozialen Situationen und Beziehungen) |



- Meiden bestimmter Orte, Tätigkeiten und/oder Personen
- Zwangsgedanken bzw. zwanghaftes Verhalten (z.B.: Sie haben das Gefühl, Bestimmtes immer wieder tun zu müssen)
- Quälende Gedanken
- Sexuelle Beeinträchtigungen/Probleme
- Aggressives Verhalten gegen andere und/oder gegen sich selbst (auch selbstverletzendes Verhalten)
- Selbstvernachlässigung, Probleme mit der Gesundheitsfürsorge
- Verweigerung / Vermeidung von Arztbesuchen und Medikamenteneinnahme
- Dissoziationen (Sie stehen plötzlich neben sich oder fühlen sich wie aufgelöst)
- Flashbacks (Ihnen schießen plötzlich Szenen in Ihr Bewusstsein, gegen die Sie sich nicht wehren können.)
- Suchterkrankung/Suchtmittelmissbrauch
- Ergänzende Stichpunkte, und zwar:

3.2 Körperliche Folgen

Bitte geben Sie durch Ankreuzen der zutreffenden Aussagen und/oder in Stichpunkten an, unter welchen körperlichen (auch psychosomatischen) Beeinträchtigungen Sie in Folge der erlittenen Gewalt gelitten haben und/oder heute (noch) leiden bzw. in Behandlung sind:

[Hinweis: Bei den genannten Folgen handelt es sich nicht explizit um medizinisch-psychologische Diagnosen im Sinne des ICD-10.]

Früher Heute

- Infektionen
- Schmerzen und Schmerzerkrankungen
- Narben
- Verletzungen
- Ungewollte Schwangerschaft
- Schwangerschaftsabbruch
- Zahn-/Kiefererkrankungen bzw. -beschwerden

- Hörbeeinträchtigung bzw. -behinderung
- Sehbeeinträchtigung bzw. -behinderung
- Störungen des Bewegungsapparats (z.B. Gehbeeinträchtigung)
- Inkontinenz (Probleme bei der Kontrolle über die Entleerung der Blase)
- Enkopresis (Absetzen von Stuhl an nicht dafür vorgesehenen Stellen)
- Ergänzende Stichpunkte, und zwar:

3.3 Andere Folgen der sexualisierten Gewalt

Bitte geben Sie durch Ankreuzen der zutreffenden Aussagen und/oder in Stichpunkten an, unter welchen anderen Problemen und Beeinträchtigungen Sie in Folge der erlittenen Gewalt gelitten haben und/oder heute noch gelitten haben bzw. heute (noch) leiden:

Früher Heute

- Schulschwierigkeiten
- Fehlender Schulabschluss
- Fehlende Ausbildung in anerkannten Berufen
- Keine oder geringe Integration auf dem Arbeitsmarkt (z.B. Grundsicherung)
- Frühzeitige Erwerbsunfähigkeit/Erwerbsminderung
- (Relative) Armut / Leben am Existenzminimum / Verschuldung
- Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Behördengängen (z.B.: Antragstellungen)
- (Drohende) Wohnungslosigkeit
- Wenige Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe (z.B. kulturelle Veranstaltungen, Reisen, usw.)
- Einsamkeit
- Es fällt schwer, emotionale Nähe zuzulassen
- Probleme in der Partnerschaft

- Probleme in der Elternschaft
- Probleme in der Familie
- Straffälligkeit
- Außergewöhnliche Belastungen im hohen Alter
- Belastungen aufgrund einer Schwerbehinderung
- Ergänzende Stichpunkte, und zwar:

4 Umgang der Institution mit dem Fall

4.1 Kenntnis

Bitte teilen Sie uns mit, ob vorgesetzte Stellen oder dritte Personen zur Tatzeit oder zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von der sexualisierten Gewalt erhalten haben, die Sie erfahren mussten.

Dritte Personen sind z.B. Kirchengemeinderät*in, Pfarrer*in, Dekan*in, Kirchenleitung, Leitung der Einrichtung, Ansprechperson im Diakonischen Werk, Jugendamt, andere Mitarbeitende.

- Nein, nicht zum Tatzeitpunkt.
- Ich habe zum Tatzeitpunkt Andeutungen gemacht.
- Andere Personen wussten zum Tatzeitpunkt davon, aber keine Vorgesetzten.
- Ja, ich habe mich zur Tatzeit oder zu einem späteren Zeitpunkt an jemanden konkret gewandt.
Bitte benennen Sie Namen und Funktion dieser Stellen - soweit bekannt:

4.2 Reaktionen vorgesetzter Stellen oder Dritter auf die Tat(en)

Bitte teilen Sie uns mit, sofern es Ihnen bekannt ist, wie diese Stellen auf die Tat(en) bzw. Ihre Mitteilung reagiert haben. Mehrfachnennungen sind möglich, insbesondere wenn es unterschiedliche Reaktionen gab.

- Unterstützung und Verständnis
- Angebot von unterstützenden Maßnahmen (z.B. Beratung über weiteres Vorgehen, Unterstützung bei der Vermittlung von Therapieplätzen)
- Ergreifen von Maßnahmen zur Klärung der Situation
- Keine Reaktion
- Bagatellisieren der Tat(en)
- Vertuschung der Tat(en)
- Andere Reaktion(en):

4.3 Kenntnis von Beschwerdestrukturen

Bitte teilen Sie uns mit, sofern es Ihnen möglich ist, ob Sie zum Tatzeitpunkt Kenntnis und die Möglichkeit zur Beschwerde in der Einrichtung hatten und an wen Sie sich wenden konnten.

- Ich wusste, an wen ich mich mit meiner Beschwerde wenden kann.
- Zum Tatzeitpunkt hatte ich keine Kenntnis von Beschwerdemöglichkeiten
- Sonstiges:

5 Angaben zu Schwerbehinderung/Pflegegrad

Sie können uns im Folgenden Angaben zu einer möglicherweise anerkannten Schwerbehinderung und/oder einem festgestellten Pflegegrad machen:

6 Persönliches Gespräch mit der Anerkennungskommission

Im Rahmen des Verfahrens zur Anerkennung des erlittenen Unrechts haben Sie ein Anrecht auf ein persönliches Gespräch mit der Kommission.

- Nein, ich wünsche kein persönliches Gespräch mit der Anerkennungskommission.
- Ja, ich wünsche ein persönliches Gespräch mit der Anerkennungskommission.

7 Vertrauensperson und/oder bevollmächtigte Person

Sie haben die Möglichkeit, sich bei dem Gespräch mit der Kommission von einer Person Ihres Vertrauens begleiten und/oder durch eine bevollmächtigte Person vertreten zu lassen. Die Person Ihres Vertrauens und die bevollmächtigte Person können auch identisch sein.

Eine Vertrauensperson kann Sie zu dem Gespräch mit der Anerkennungskommission begleiten und im Verfahren emotional unterstützen. Eine bevollmächtigte Person kann Sie im Anerkennungsverfahren vertreten und auch für Sie sprechen.

7.1 Vertrauensperson

- Ich wünsche keine Begleitung durch eine Vertrauensperson.
- Ich möchte mich durch eine Vertrauensperson begleiten lassen. Ich benenne die folgende Person als meine Vertrauensperson:

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Kontaktdaten	<input type="text"/>

7.2 Bevollmächtigte Person

- Ich wünsche keine Vertretung durch eine bevollmächtigte Person.
- Ich wünsche eine Vertretung durch eine bevollmächtigte Person. Meine Vertrauensperson soll auch die bevollmächtigte Person sein.
- Ich wünsche eine Vertretung durch eine bevollmächtigte Person. Ich benenne die folgende Person als meine bevollmächtigte Person:

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Kontaktdaten	<input type="text"/>

8 Auszahlung der Leistung

8.1 Kontoverbindung

Bitte geben Sie Ihre Kontoverbindung für eine Auszahlung der zugesprochenen Leistung an.

Kontoinhaber/ Kontoinhaberin	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>
Geldinstitut	<input type="text"/>

Sollten Sie kein eigenes Bankkonto angeben können, geben Sie bitte die Kontoverbindung einer Ihnen vertrauenswürdigen Person sowie deren Anschrift an.

8.2 Auszahlungsmodus

Die zugesprochene Leistung können Sie sich in einer Summe oder in Teilbeträgen auszahlen lassen. Die Höhe der Teilbeträge können Sie im Nachgang mit der Geschäftsstelle der Anerkennungskommission abstimmen.

- Ich wünsche die Auszahlung der Leistung in einer Summe.
- Ich wünsche die Auszahlung der Leistung in Teilbeträgen, und zwar:
 - 1/4- jährlich
 - 1/2- jährlich
 - Jährlich

8.3 Begünstigte Person im Todesfall

Sie haben die Möglichkeit, für den Fall Ihres Todes vor Entscheidung durch die Anerkennungskommission eine Person zu benennen, an welche die Leistung ausgezahlt werden soll. In diesem Fall wird das Verfahren nach Ihrem Tod fortgeführt und die Anerkennungsleistung an die begünstigte Person gezahlt.

- Ich möchte keine begünstigte Person im Todesfall benennen.
- Ich möchte folgende Person als begünstigte Person im Todesfall benennen:

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer	<input type="text"/>
Postleitzahl und Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

9 Erklärungen

9.1 Hinweise zur Bearbeitung Ihres Antrags

Die Bearbeitung Ihres Antrags und eine Gewährung beantragter Leistungen erfolgen auf der Grundlage der Ordnung für Anerkennungsverfahren in der ELKB (gültig ab 01.01.2026). Das Dokument der im Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Ordnung für Anerkennungsverfahren in der ELKB finden Sie auf der Internetseite der Anerkennungskommission: https://aktiv-gegen-missbrauch-elkb.de/?sdm_process_download=1&download_id=5135.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt gemäß der für die ELKB und ihre Diakonie geltenden Datenschutzgesetzen. Die Datenschutzhinweise gemäß § 17 DSGVO sind dem Antragsformular als Anlage beigefügt und können über diesen Link abgerufen werden: https://aktiv-gegen-missbrauch-elkb.de/?sdm_process_download=1&download_id=5181

Alle Leistungen sind freiwillige Leistungen, die ohne Anerkenntnis einer Rechtspflicht erfolgen. Für diese freiwilligen Leistungen ist der Rechtsweg ausgeschlossen. Aus der Gewährung solcher freiwilligen Leistungen können keine neuen Rechtsansprüche hergeleitet werden.

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag die Kopie eines gültigen Ausweisdokuments bei.

9.2 Versicherung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen können.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. der Antragstellerin
bzw. der gesetzlichen Vertretung

9.3 Informationen zur Datenverarbeitung nach § 17 DSGVO

Zur Bearbeitung dieses Antrags werden Daten und Angaben, die hier mitgeteilt wurden, erhoben, gespeichert, verarbeitet und soweit erforderlich an Dritte weitergeleitet. Dies betrifft insbesondere auch die angegebenen persönlichen Daten, die Kontaktdaten und die besonderen Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Gesundheitsdaten und Daten zur sexuellen Orientierung). Es handelt sich um eine notwendige Datenverarbeitung i.S.d. § 4 Abs.3 DSGVO. Sie ist erforderlich, damit über Ihren Antrag, den Sie stellen, entschieden werden kann und zuerkannte Leistungen gezahlt werden können. In diesem Zusammenhang werden Ihre Angaben auch zu statistischen Zwecken genutzt. Rechtsgrundlagen für diese Datenverarbeitung sind § 6 Nr.1 und Nr.2 sowie § 13 Abs.2 Nr.7 DSGVO i.V.m. § 9 Abs.2 Präventionsgesetz und § 9 Abs.1 Ordnung für Anerkennungsverfahren in der ELKB.

Im Rahmen der Verarbeitung und zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben erhalten – falls erforderlich – nachfolgend genannte Stellen Kenntnis von Ihren persönlichen Daten:

- Die für den Fall zuständige Meldestelle in der ELKB, bei der Diakonie Bayern oder in der evangelischen Schulstiftung Bayern (essbay);
- die Institution, in der die sexualisierte Gewalt stattgefunden hat;
- kirchliche, diakonische und/oder staatliche Stellen, die für dienst-, arbeits- und/oder strafrechtliche Maßnahmen zuständig sind, wie z.B. Ermittlungsbehörden, Finanzämter;
- Fachabteilungen des Landeskirchenamts wie z.B. Dienst- und Arbeitsrecht, Rechnungswesen;
- die Mitglieder der Anerkennungskommission;
- die Mitglieder der Koordinierungskommission;
- die Fachstelle für sexualisierte Gewalt der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) auf Anfrage, um in Verdachtsfällen Mehrfachzahlungen durch verschiedene Anerkennungskommission auszu-schließen;
- unter den Voraussetzungen des § 50a DSGVO Stellen, die mit der institutionellen Aufarbeitung sexualisierter Gewalt beauftragt sind.

Weitere ausführliche Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in der Anlage 2 - Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen eines Anerkennungsverfahrens gemäß § 17 DSGVO (sog. „Datenschutzhinweise“).

Hinweis zur Strafanzeige und zum Disziplinarverfahren

Sollten Sie uns von einem strafrechtlich relevanten Verhalten von Mitarbeitenden unserer Kirche oder Diakonie berichten, das noch nicht zweifelsfrei verjährt ist, so wird die Tat in der Regel zur Anzeige gebracht. Wenn es zu Erkenntnissen über Dienstpflichtverletzungen im Rahmen der Bearbeitung des Antrags kommt, werden disziplinarische Ermittlungen aufgenommen, sofern die Beschuldigten noch leben. In beiden Fällen werden Sie als Opferzeuge zu den Ereignissen befragt werden. Wir nehmen bei beiden Verfahren Rücksicht auf Ihre besondere Lebenssituation und beachten die Leitlinien des BMJ vom November 2020 zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden bei sexuellem Kindesmissbrauch in Einrichtungen.

Hinweis zur steuerrechtlichen Behandlung von Anerkennungsleistungen

Bei der Anerkennungsleistung handelt es sich in steuerrechtlicher Hinsicht um eine Schenkung. Als Empfänger dieser Leistung sind Sie jedoch gemäß § 13 Abs. 1 Ziff. 19 Erbschafts- und Schenkungssteuergesetz (ErbStG) von der Schenkungssteuer befreit. Die Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern als leistende Stelle ist jedoch gemäß §§ 30 Abs. 1 und 2, 13 Abs. 1 Ziffer 19 Satz 2 und 3 ErbStG gesetzlich verpflichtet, dem örtlich für Schenkungen zuständigen Finanzamt mitzuteilen, dass Sie eine Anerkennungsleistung erhalten haben, welche Höhe diese hatte und an welcher Adresse Sie wohnen.

Bestätigung der Datenschutzhinweise und Entbindung von der Schweigepflicht nach § 203 StGB

Weitere ausführliche Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in der Anlage 1 – Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen eines Anerkennungsverfahrens (sog. „Datenschutzhinweise“).

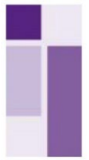
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen eines Anerkennungsverfahrens gemäß § 17 DSGVO (sog. „Datenschutzhinweise“) gem. Anlage 1 zur Kenntnis genommen zu haben.

Entbindung von der Schweigepflicht gem. § 203 StGB

Für die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten im oben beschriebenen Umfang entbinde ich die Geschäftsstelle der Anerkennungskommission von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. der Antragstellerin
bzw. der gesetzlichen Vertretung



Checkliste zum Einreichen des Formulars

Bitte prüfen Sie anhand dieser Liste, ob Sie alle notwendigen Angaben im Antragsformular gemacht und alle notwendigen Unterlagen beigefügt haben.

- Formular – soweit möglich – vollständig ausgefüllt und unterschrieben.
- Kopie eines gültigen Ausweisdokuments (z.B. Personalausweis, Reisepass) beigefügt.
- Zur Kenntnisnahme der Datenverarbeitung unterschrieben.
- Ggf. Kopien von Dokumenten, die die Tat oder die Folgen der Tat schildern (z.B. Feststellung durch eine gerichtliche Entscheidung, durch ein kirchliches Disziplinarverfahren, ein Strafverfahren oder im Rahmen des Entschädigungsrechts).
- Ggf. Kopie der Vollmacht der bevollmächtigten Person

Bitte beschränken Sie sich beim Einreichen von Unterlagen auf diejenigen, die nach Ihrer Ansicht aussagekräftig sind und Ihren Antrag sinnvoll ergänzen.

Falls weitere Unterlagen zur Bearbeitung notwendig sein sollten, werden wir Kontakt mit Ihnen aufnehmen.