

Antrag auf Gewährung einer besonderen monatlichen Zuwendung (Opferpension)

nach § 17a Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetzes
(StrRehaG)

| |
|-----------------|
| Eingangsstempel |
| Aktenzeichen |

Hinweise:

Für einen möglichen Leistungsbeginn ist der Zeitpunkt der Antragstellung ausschlaggebend. Zur Fristwahrung reicht zunächst ein formloser Antrag aus. Die Leistung wird erstmals mit dem auf die Antragstellung folgenden Monat ausbezahlt.

Für die Prüfung, ob Ihnen Leistungen nach § 17 a StrRehaG gewährt werden können, ist der vollständig ausgefüllte Antrag und alle weiteren notwendigen Unterlagen erforderlich. Wir empfehlen, diese Unterlagen unverzüglich der für die Feststellung und Gewährung der Leistung bei der für Ihren Wohnsitz örtlichen zuständigen unteren Eingliederungsbehörde beim Landratsamt oder Bürgermeisteramt des Stadtkreises zuzuleiten.

Derzeit nicht vorhandene ergänzende Unterlagen können Sie nachreichen.

Bitte geben Sie in der beiliegenden Erklärung über die wirtschaftlichen Verhältnisse nur Ihr Einkommen an. Das Einkommen des Partners oder weiterer Familienmitglieder bleibt unberücksichtigt.

Die Daten über die wirtschaftlichen Verhältnisse sind erforderlich, um über Ihren Antrag auf Gewährung einer monatlichen besonderen Zuwendung nach § 17a StrRehaG entscheiden zu können. § 15 Landesdatenschutzgesetz ist hierfür Grundlage.

Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen sorgfältig und vollständig, möglichst in Maschinen- oder Blockschrift.

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

1. Angaben zur Person

| | | | |
|--|--------------------------|------------|---|
| 1.1 | Name, ggf. frühere Namen | 1.2 | Namenszusatz |
| 1.3 | | Vorname | |
| 1.4 | Geburtsdatum | 1.5 | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| 1.6 | | | |
| Straße / Hausnummer | | | |
| 1.7 | | | |
| PLZ / Wohnort | | | |
| 1.8 | | | |
| Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet* <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft* <input type="checkbox"/> eheähnliche / lebenspartnerähnliche Gemeinschaft* | | | |
| * Bitte Heiratsurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, bei lebenspartner- / eheähnlicher Gemeinschaft bitte Meldebescheinigung beider Partner beifügen. | | | |
| 1.9 | | | |
| Telefon-Nr. tagsüber für evtl. Rückfragen (freiwillig) | | | |
| Vorwahl: | | Rufnummer: | |

2. Haftzeit / Rehabilitierungen / Anerkennung als ehemaliger politischer Häftling

| | | | | |
|---|---|-----|--|----|
| 2.1 | Freiheitsentziehung (TT.MM.JJJJ) | | Rehabilitierungs- / Kassationsentscheidung, Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetze (HHG) ergangen durch / beantragt | |
| | von | bis | Gericht / Stelle / Behörde | |
| | | | | |
| | | | Aktenzeichen | am |
| | | | | |
| Gewährung der Kapitalentschädigung erfolgte durch Stelle / Behörde | | | Aktenzeichen | |
| | | | | |

Weitere Haftzeiten (sofern darüber hinaus noch weitere Zeiten vorliegen, bitte gesondert aufführen)

| | | | | |
|-----|---|-----|---|----|
| 2.2 | Freiheitsentziehung (TT.MM.JJJJ) | | Rehabilitierungs- / Kassationsentscheidung, Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz (HHG) ergangen durch / beantragt | |
| | von | bis | Gericht / Stelle / Behörde | |
| | | | | |
| | | | Aktenzeichen | am |
| | | | | |
| | Gewährung der Kapitalentschädigung erfolgte durch Stelle / Behörde | | Aktenzeichen | |
| | | | | |
| 2.3 | Freiheitsentziehung (TT.MM.JJJJ) | | Rehabilitierungs- / Kassationsentscheidung, Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz (HHG) ergangen durch / beantragt | |
| | von | bis | Gericht / Stelle / Behörde | |
| | | | | |
| | | | Aktenzeichen | am |
| | | | | |
| | Gewährung der Kapitalentschädigung erfolgte durch Stelle / Behörde | | Aktenzeichen | |
| | | | | |

| | |
|-----|---|
| 2.4 | <input type="checkbox"/> Weitere Rehabilitierungs- / Kassationsentscheidungen oder Bescheinigungen nach § 10 Abs. 4 HHG sind nicht ergangen bzw. erteilt und wurden auch nicht beantragt. |
|-----|---|

3. Ausschluss doppelter Leistungsgewährung

| | |
|-----|---|
| 3.1 | Die besondere monatliche Zuwendung kann nur von einer Stelle/Behörde gewährt werden. Die Gewährung einer besonderen monatlichen Zuwendung schließt Unterstützungsleistungen nach § 18 StrRehaG an Berechtigte aus. |
| | <input type="checkbox"/> Ich erhalte die hier beantragte monatliche Zuwendung von keiner anderen Stelle / Behörde und habe diese auch bei keiner anderen Stelle/Behörde beantragt |
| | <input type="checkbox"/> Ich erhalte seit Inkrafttreten des § 17a StrRehaG keine Unterstützungsleistung nach § 18 StrRehaG von der Stiftung für ehemalige politische Häftlinge und habe diese auch nicht beantragt. |

4. Einkommen

Bitte füllen Sie die beiliegende Erklärung über die wirtschaftlichen Verhältnisse aus und fügen Sie dieser die erforderlichen Nachweise für Ihre Angaben bei. In dieser Erklärung sind nur die eigenen Einkünfte anzugeben, die Einkünfte des Ehegatten / Partners sowie weiterer Familienangehörigen bleiben unberücksichtigt.

5. Die mir zustehende besondere monatliche Zuwendung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

| | | |
|-----|--|--------------|
| 5.1 | Name und Sitz des Geldinstituts: | |
| | Bankleitzahl: | Kontonummer: |
| | IBAN: | BIC: |
| | Kontoinhaber (falls nicht mit Antragsteller identisch) | |

6. Beizufügende Unterlagen

Die nachstehend aufgeführten Unterlagen und Nachweise sind jeweils im Original beizufügen. Sie werden nach Abschluss der Bearbeitung zurückgegeben.

| | |
|-----|--|
| 6.1 | Anlagen |
| | <input type="checkbox"/> Rehabilitierungsentscheidung(en) (Anzahl) |
| | <input type="checkbox"/> Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 HHG |
| | <input type="checkbox"/> Erklärung über die wirtschaftlichen Verhältnisse |
| | <input type="checkbox"/> aktuelle Meldebescheinigung |
| | <input type="checkbox"/> Führungszeugnis nach § 30 Abs. 5 Bundeszentralregistergesetz (BZRG) -Zur Vorlage bei einer Behörde- |
| | |
| | |
| | |

Folgende Unterlagen reiche ich nach:

| | |
|-----|--|
| 6.2 | Die nachfolgend angeführten Unterlagen liegen mir derzeit nicht vor. Aufgrund der Regelungen zum Leistungsbeginn erfolgt diese Antragstellung fristwährend, die Unterlagen reiche ich umgehend nach. |
| | |
| | |
| | |

| | | | | | |
|------------|--|------------|--------------|--|--|
| 7. | <h3>Erklärung</h3> | | | | |
| | <p>Ich bin damit einverstanden, dass von den Rehabilitierungs- und Entschädigungsstellen, den HHG-Behörden, der Stiftung für ehemalige politische Häftlinge, der Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes, dem Bundesamt der Justiz oder anderen Behörden und Stellen weitere Auskünfte eingeholt werden, soweit diese für die Entscheidung über die Zahlung / die Gewährung der monatlichen Zuwendung erforderlich sind.</p> <p>Das Einverständnis gilt für das mit dem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für sich evtl. anschließende Rechtsbehelfsverfahren.</p> <p>Auch erkläre ich mich einverstanden, dass meine persönlichen Daten (Name, Vorname, gegebenenfalls frühere Namen, Geburtsdatum, Anschrift, Bewilligungsgrund und Bewilligungsbehörde) an das Bundesverwaltungsamt Köln, Außenstelle Friedland (Kontrolldatei) ausschließlich zum Zwecke der Prüfung auf eventuelle Doppelzahlungen übermittelt werden.</p> <p>Ich versichere nach bestem Wissen und Gewissen, dass ich nicht gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder Rechtsstaatlichkeit verstoßen, dem damaligen herrschenden politischen System keinen erheblichen Vorschub geleistet oder meine Stellung nicht in schwerwiegendem Maße zum eigenen Vorteil oder zum Nachteil anderer missbraucht habe.</p> <p>Außerdem erkläre ich, dass ich mich weder mündlich noch schriftlich gegenüber dem Ministerium für Staatssicherheit, dem Arbeitsgebiet 1 der Kriminalpolizei der Volkspolizei oder ähnlichen Organisationen zur Mitarbeit verpflichtet habe und / oder zu keiner Zeit für eine dieser Organisationen tätig gewesen bin. In den Jahren der SED-Herrschaft gehörte ich nicht als inoffizielle(r), offizielle(r) oder andere(r) Mitarbeiter(in) dem Ministerium für Staatssicherheit an.</p> <p>Weiterhin erkläre ich, dass gegen mich <u>keine Freiheitsstrafe</u> von drei oder mehr Jahren wegen einer vorsätzlichen Straftat rechtskräftig verhängt worden ist.</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich nach § 17a Abs. 4 Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz verpflichtet bin, Änderungen des Einkommens unverzüglich mitzuteilen. Dies betrifft auch Änderungen des Familienstandes, des Wohnsitzes oder der Bankverbindung.</p> <p>Mir ist bekannt, dass der Leistungsbescheid zurückgenommen und die gewährten Leistungen zurückgefordert werden können, wenn ich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht habe. Eine Berufung auf Vertrauensschutz ist in diesem Fall nicht möglich.</p> | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%; text-align: center;">Ort, Datum</td><td style="width: 50%; text-align: center;">Unterschrift</td></tr><tr><td style="height: 40px;"></td><td style="height: 40px;"></td></tr></table> | Ort, Datum | Unterschrift | | |
| Ort, Datum | Unterschrift | | | | |
| | | | | | |