

Eingangsstempel

Aktenzeichen

Antrag auf Gewährung einer monatlichen besonderen Zuwendung für Haftopfer nach § 17a Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (Opferpension)

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir auf Grund des Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes von Ihnen einige wichtige Angaben und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen zu überlassen. Ihre Mitwirkung, die in § 60 Abs. 1 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) geregelt ist, erleichtert uns eine zügige Entscheidung über Ihren Antrag.

Da der Zeitpunkt der Antragstellung ausschlaggebend für den Leistungsbeginn ist, sollten Sie den ausgefüllten Antrag unverzüglich an die zuständige Stelle zurücksenden. Derzeit nicht vorhandene Unterlagen können Sie nachreichen.

Bezüglich des beigefügten Einkommensfragebogens beachten Sie bitte die Hinweise unter Ziffer 3.

1. Angaben zur Person

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

| | | | | |
|-----|---|------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1.1 | Name, ggf. Geburtsname oder frühere Namen | 1.2 | ggf. Namenszusatz | |
| 1.3 | Vorname | | | |
| 1.4 | Geburtsdatum und Geburtsort | 1.5 | Geschlecht | |
| | | | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich |
| 1.6 | Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (Bitte Kopie des Personalausweises beifügen!) Straße, Hausnummer | | | |
| | PLZ, Ort | | | |
| 1.7 | Familienstand | | | |
| | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft ist aufgehoben <input type="checkbox"/> verheiratet* <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft* <input type="checkbox"/> eheähnliche/lebenspartnerähnliche Gemeinschaft** | | | |
| | * Bitte Kopie der Heiratsurkunde bzw. der Lebenspartnerschaftsurkunde beifügen. ** Bitte auch Kopie des Personalausweises des Partners beifügen. | | | |
| 1.8 | tagsüber telefonisch zu erreichen unter (freiwillige Angabe für eventuelle Rückfragen) | | | |
| | Vorwahl: | Rufnummer: | | |

2. Angaben zu Haftzeiten / Rehabilitierungen / Anerkennungen als ehemaliger politischer Häftling

| | | | | | |
|--|---|--------------|--------------------------|-----|--|
| 2.1 | Rehabilitierungs-/Kassationsentscheidung* ergangen durch / beantragt bei | | Haftzeit (TT.MM.JJJJ) | | |
| | Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz* ergangen durch | | | | |
| | Gericht / Behörde | | von | bis | |
| | *Bitte Kopie des Rehabilitierungsbeschlusses bzw. der Bescheinigung beifügen. | | | | |
| | Aktenzeichen | Datum | Gewahrsamsort | | |
| Gewährung der Kapitalentschädigung erfolgte durch Gericht / Behörde | | Aktenzeichen | | | |
| | | | | | |

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

| | | | | | |
|--|---|--------------|--------------------------|-----|--|
| 2.2 | Rehabilitierungs-/Kassationsentscheidung* ergangen durch / beantragt bei | | Haftzeit (TT.MM.JJJJ) | | |
| | Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz* ergangen durch | | | | |
| | Gericht / Behörde | | von | bis | |
| | *Bitte Kopie des Rehabilitierungsbeschlusses bzw. der Bescheinigung beifügen. | | | | |
| | Aktenzeichen | Datum | Gewahrsamsort | | |
| Gewährung der Kapitalentschädigung erfolgte durch Gericht / Behörde | | Aktenzeichen | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|--------------|--------------------------|-----|--|
| 2.3 | Rehabilitierungs-/Kassationsentscheidung* ergangen durch / beantragt bei | | Haftzeit (TT.MM.JJJJ) | | |
| | Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz* ergangen durch | | | | |
| | Gericht / Behörde | | von | bis | |
| | *Bitte Kopie des Rehabilitierungsbeschlusses bzw. der Bescheinigung beifügen. | | | | |
| | Aktenzeichen | Datum | Gewahrsamsort | | |
| Gewährung der Kapitalentschädigung erfolgte durch Gericht / Behörde | | Aktenzeichen | | | |
| | | | | | |

3. Angaben zum Einkommen

Die nachstehend erbetenen Angaben über die wirtschaftlichen Verhältnisse sind erforderlich, um über Ihren Antrag entscheiden zu können (§ 67a SGB X). Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert (§ 67c SGB X).
Bitte geben Sie nur Ihr eigenes Einkommen an.

| Erklärung zum Einkommen (bitte Nachweise beifügen) | |
|--|--|
| 3.1 | <input type="checkbox"/> Ich bin Rentner/in und erhalte folgende monatliche Rente(n) oder vergleichbare Leistung(en): (z.B. Altersrente, Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Hinterbliebenenrente, Rente wegen Arbeitsunfalls oder Berufskrankheit oder vergleichbare Leistungen aus anderen Sicherungssystemen) <ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪ Darüber hinaus verfüge ich über <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> weitere Einkünfte ⇒ Bitte beigefügte Erklärung über die wirtschaftlichen Verhältnisse ausfüllen! <input type="checkbox"/> keine weiteren Einkünfte |
| 3.2 | <input type="checkbox"/> Ich bin <u>nicht</u> Rentner/in ⇒ Bitte beigefügte Erklärung über die wirtschaftlichen Verhältnisse ausfüllen! |

4. Bankverbindung

Die mir zustehende monatliche besondere Zuwendung soll auf mein nachstehendes Konto überwiesen werden:

| | | | |
|-----|---------------------------------------|-----|---------------------------------|
| 4.1 | Name und Sitz des Geldinstituts | | |
| 4.2 | IBAN (Internationale Bankkontonummer) | 4.3 | BIC (Internationaler Bank-Code) |

5. Beigefügte Unterlagen

| | |
|-----|--|
| 5.1 | Anlagen <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Personalausweis(e) in Kopie: (Anzahl) siehe Ziffer 1.6 und 1.7 <input type="checkbox"/> Heiratsurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde in Kopie siehe Ziffer 1.7 <input type="checkbox"/> Bescheinigung(en) nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz in Kopie: (Anzahl) siehe Ziffer 2 <input type="checkbox"/> Rehabilitierungsentscheidung(en) in Kopie: (Anzahl) siehe Ziffer 2 <input type="checkbox"/> Rentenbescheid(e) in Kopie: (Anzahl) siehe Ziffer 3.1 <input type="checkbox"/> Erklärung über die wirtschaftlichen Verhältnisse siehe Ziffer 3.1 und 3.2 <input type="checkbox"/> |
| 5.2 | Die nachfolgend angeführten Unterlagen liegen mir derzeit nicht vor und werden umgehend nachgereicht: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪ |

6. Erklärungen

| | |
|-----|---|
| 6.1 | <p>Ausschluss doppelter Leistungsgewährung</p> <p>Weitere Rehabilitierungs-/Kassationsentscheidungen oder Bescheinigungen nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz sind nicht ergangen bzw. erteilt und wurden auch nicht beantragt.</p> <p>Ich erhalte die hier beantragte monatliche besondere Zuwendung von keiner anderen Stelle/Behörde und habe diese auch bei keiner anderen Stelle/Behörde beantragt.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass dem Bundesverwaltungsamt – Außenstelle Friedland – die Entscheidung über die Gewährung einer monatlichen besonderen Zuwendung mitgeteilt wird.</p> |
| | <p>_____ (Ort, Datum) _____ (Unterschrift)</p> |
| 6.2 | <p>Einverständniserklärung</p> <p>In bin damit einverstanden, dass von anderen Behörden/Stellen (insb. Rehabilitierungs- und Entschädigungsstellen, Häftlingshilfebehörden, Stiftung für ehemalige politische Häftlinge, Bundesbeauftragte für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik, Bundesamt für Justiz) weitere Auskünfte eingeholt werden, soweit diese für die Entscheidung über die Gewährung der monatlichen besonderen Zuwendung erforderlich sind. Das Einverständnis gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein eventuell anschließendes Widerspruchsverfahren.</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN*</p> <p>*Soweit ich damit nicht einverstanden bin, habe ich die Einschränkungen nachstehend vermerkt.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 40px;"> <p>Einschränkungen:</p> </div> <p><u>Hinweis:</u> Die besondere Zuwendung kann nicht bewilligt werden, wenn aufgrund einer eingeschränkten oder fehlenden Einverständniserklärung die Anspruchsvoraussetzungen nicht nachgewiesen werden können.</p> |
| | <p>_____ (Ort, Datum) _____ (Unterschrift)</p> |
| 6.3 | <p>Ausschließungsgründe</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 ehemaligen Ministerium für Staatssicherheit, dem Arbeitsgebiet 1 der Kriminalpolizei der Volkspolizei oder ähnlichen Organisationen zur Mitarbeit verpflichtet habe und zu keiner Zeit für eine dieser Organisationen tätig gewesen bin. In den Jahren der SED-Herrschaft gehörte ich nicht dem ehemaligen Ministerium für Staatssicherheit als inoffizielle(r), offizielle(r) oder andere(r) Mitarbeiter(in) an.</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich keinen Anspruch auf die besondere Zuwendung für Haftopfer habe, wenn gegen mich eine Freiheitsstrafe von mindestens drei Jahren wegen einer vorsätzlichen Straftat rechtskräftig verhängt worden ist und die Entscheidung in einer Auskunft aus dem Zentralregister enthalten ist.</p> |
| | <p>_____ (Ort, Datum) _____ (Unterschrift)</p> |

Ich versichere, dass alle vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Mir ist bekannt, dass ich nach § 17a Abs. 4 Satz 2 StrRehaG verpflichtet bin, der Bewilligungsbehörde unverzüglich Änderungen des Einkommens, des Familienstandes und der Anschrift mitzuteilen. Ebenso bin ich zur unverzüglichen Mitteilung verpflichtet, wenn gegen mich eine Freiheitsstrafe von mindestens drei Jahren wegen einer vorsätzlichen Straftat rechtskräftig verhängt worden ist.

Hinweis: Der Bescheid über die Bewilligung der besonderen Zuwendung kann zurückgenommen und die gewährten Leistungen zurückgefordert werden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht haben. Eine Berufung auf Vertrauensschutz ist in diesem Fall nicht möglich.

_____ (Ort, Datum)

_____ (Unterschrift)