

| | |
|---------|--------------------------|
| Behörde | Aktenzeichen |
| | Eingegangen am (Stempel) |

**Antrag auf Gewährung einer besonderen
monatlichen Zuwendung (sog. Opferpension)
nach § 17a des Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes
(StrRehaG)**

Die nachstehend erbetenen Daten über die wirtschaftlichen Verhältnisse sind erforderlich, um über Ihren Antrag auf Gewährung einer monatlichen besonderen Zuwendung nach § 17a StrRehaG entscheiden zu können (§ 9 des Bundesdatenschutzgesetzes). Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert.

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

Bezüglich des beigefügten Einkommensfragebogens beachten Sie bitte die Hinweise unter Ziffer 4. Bitte geben Sie nur Ihr Einkommen an. Das Einkommen des Partners bleibt unberücksichtigt.

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

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

1. Angaben zur Person

Amtliche Vermerke

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1.1 | Name, ggf. frühere Namen | 1.2 Namenszusatz | |
| | Vorname | | |
| 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 Telefonnummer | |
| | E-Mailadresse | | |
| 1.9 | Zweitwohnsitz (nur wenn zutreffend) | | |
| | Straße / Hausnummer | | |
| | PLZ / Wohnort | | |
| 1.10 | 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* | | |
| <p>* Bitte Heiratsurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, bei lebenspartner- / eheähnlicher Gemeinschaft bitte Meldebescheinigung beider Partner beifügen.</p> <p>* Beachten Sie bitte, dass sämtliche von Ihnen übersandte Unterlagen eingescannt werden und anschließend vernichtet werden! Eine Herausgabe von Original-Unterlagen ist damit ausgeschlossen!</p> | | | |

Antrag § 17a StrRehaG (NRW) Stand 03/2018

2. Haftzeit / Rehabilitation / Anerkennung als ehemaliger politischer Häftling

Amtliche Vermerke

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

Antrag § 17a StrRehaG (NRW) Stand 02/2022

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

| | | | | |
|-----|---|-----|---|----|
| 2.2 | Freiheitsentziehung (TT.MM.JJJJ) | | Rehabilitierungs- /Kassationsentscheidung, Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 HHG ergangen durch / beantragt | |
| | von | bis | Gericht / Behörde | |
| | | | Ort | |
| | | | | |
| | | | Aktenzeichen | am |
| | | | | |
| | Gewährung der Kapitalentschädigung / Prüfung der Ausschließungsgründe erfolgte durch Stelle / Behörde | | Aktenzeichen | |
| | | | | |
| 2.3 | Freiheitsentziehung (TT.MM.JJJJ) | | Rehabilitierungs- /Kassationsentscheidung, Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 HHG ergangen durch / beantragt | |
| | von | bis | Gericht / Behörde | |
| | | | Ort | |
| | | | | |
| | | | Aktenzeichen | am |
| | | | | |
| | Gewährung der Kapitalentschädigung / Prüfung der Ausschließungsgründe erfolgte durch Stelle / Behörde | | Aktenzeichen | |
| | | | | |
| 2.4 | <input type="checkbox"/> Weitere Rehabilitierungs- /Kassationsentscheidungen oder Bescheinigungen nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz (HHG) sind nicht ergangen bzw. erteilt und wurden auch nicht beantragt. | | | |

3. Ausschluss doppelter Leistungsgewährung

| | | |
|--------------------------|--|--|
| 3.1 | Die besondere monatliche Zuwendung (Opferpension) 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"/> | ja Haben Sie die hier beantragte monatliche Zuwendung bereits von einer anderen Stelle/Behörde erhalten bzw. haben Sie diese bei einer anderen |
| | <input type="checkbox"/> | nein Stelle/Behörde beantragt? |
| <input type="checkbox"/> | ja Erhalten Sie seit Inkrafttreten des § 17a StrRehaG eine Unterstützungsleistung nach § 18 StrRehaG von der Stiftung für ehemalige politische Häft- | |
| <input type="checkbox"/> | nein linge bzw. haben Sie diese dort beantragt? | |

Amtliche
Vermerke

4. Einkommen

| | |
|---|--|
| Erklärung zum Einkommen (bitte Nachweise beifügen) Erläuterungen zu den Einkünften entnehmen Sie dem beigefügten Einkommensfragebogen | |
| 4.1 | <input type="checkbox"/> Ich bin Rentnerin / Rentner und erhalte folgende monatliche Renten (Brutto): |
| 4.2 | Als Rentnerin / Rentner verfüge ich neben den oben angeführten Renten über <input type="checkbox"/> keine weiteren Einkünfte (kein Einkommensfragebogen erforderlich) |
| 4.3 | <input type="checkbox"/> weitere Bruttoeinkünfte ⇒ <u>Bitte füllen Sie den beigefügten Einkommensfragebogen aus.</u> |
| 4.4 | <input type="checkbox"/> Ich bin keine Rentnerin / kein Rentner ⇒ <u>Bitte füllen Sie den beigefügten Einkommensfragebogen aus.</u> |

5. zuzustehende besondere monatliche Zuwendung soll auf das folgende Konto überwiesen werden:

| | | |
|-----|--|-----|
| 5.1 | Name des Geldinstituts | |
| | IBAN | BIC |
| | Kontoinhaber (falls nicht mit Antragsteller identisch) | |

6. Beigefügte Unterlagen

| | | |
|-----|---|--|
| 6.1 | liegt bereits vor | |
| | Rehabilitierungsentscheidung / en | |
| | Bescheinigung / en nach § 10 Abs. 4 HHG | |
| | Einkommensfragebogen | |
| | Sonstige Anlagen | |
| | | |

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. | <h2>Erklärungen</h2> |
| | <p>Ich bin damit einverstanden, dass die Bewilligungsbehörde von den Rehabilitierungs- und Entschädigungsstellen, den HHG-Behörden, der Stiftung für ehemalige politische Häftlinge, dem Bundesarchiv (Stasi-Unterlagen-Archiv), dem Bundesamt für Justiz oder anderen Behörden und Stellen weitere Auskünfte einholt, soweit diese für die Entscheidung über die Zahlung/ die Gewährung der besonderen monatlichen Zuwendung erforderlich sind. Das Einverständnis gilt für das mit dem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließendes Widerspruchsverfahren.</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein* <input type="checkbox"/> Einschränkungen*:</p> <p>*Können aufgrund einer eingeschränkten oder fehlenden Einverständniserklärung Anspruchsvoraussetzungen nicht nachgewiesen werden, haben Sie die damit verbundenen nachteiligen Folgen zu tragen. Ggf. kann die beantragte Leistung deshalb nicht bewilligt werden.</p> <p>.....</p> |
| | (Ort, Datum) Unterschrift |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <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>Mir ist bekannt, dass ich nach § 17a Abs. 4 Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz verpflichtet bin, Änderungen des Einkommens unverzüglich mitzuteilen. Dies betrifft auch Änderungen des Familienstandes.</p> <p>Mir ist bekannt, dass die Bewilligungsbehörde den Leistungsbescheid zurücknehmen und die gewährten Leistungen zurückfordern kann, wenn ich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht habe. Eine Berufung auf Vertrauensschutz ist in diesem Fall nicht möglich. Zudem kann dies ggf. eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen.</p> | | |
| | Ort, Datum Unterschrift | | |
| | <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%; height: 40px;"></td><td style="width: 50%; height: 40px;"></td></tr></table> | | |
| | | | |