

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.

Bitte beantworten Sie die 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	Amtliche Vermerke
1.3	Vorname		
1.4	Geburtsdatum	1.5 Geschlecht	
		Männlich Weiblich Divers	
1.6	Straße/Hausnummer		
1.7	PLZ/Wohnort	1.8. Telefonnummer	
1.9	Emailadresse		
1.10	Zweitwohnsitz (nur wenn zutreffend)		
1.11	Straße/Hausnummer		
1.12	PLZ/Wohnort		

2. Haftzeit / Rehabilitation / Anerkennung als ehemaliger politischer Häftling

2.1	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		

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 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	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.	
	ja	Haben Sie die hier beantragte monatliche Zuwendung bereits von einer anderen Stelle/Behörde erhalten bzw. haben Sie diese bei einer anderen
	nein	Stelle/Behörde beantragt?
ja	Erhalten Sie seit Inkrafttreten des § 17a StrRehaG eine Unterstützungsleistung nach § 18 StrRehaG von der Stiftung für ehemalige politische Häftlinge bzw. haben Sie diese dort beantragt?	
nein		

4. Die zustehende besondere monatliche Zuwendung soll auf das folgende Konto überwiesen werden:

4.1	Name des Geldinstituts	
	IBAN	BIC
Kontoinhaber (falls nicht mit Antragsteller identisch)		

5. Beigefügte Unterlagen

5.1			liegt bereits vor
	Rehabilitierungsentscheidung / en		
	Bescheinigung / en nach § 10 Abs. 4 HHG		
	Sonstige Anlagen		

Folgende Unterlagen reiche ich nach:

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

6.

Erklärungen

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 Widerspruchverfahren.

ja

nein*

Einschränkungen*:

***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.**

(Ort, Datum)

Unterschrift

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.

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.

Mir ist bekannt, dass ich nach § 17a Abs. 4 Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz verpflichtet bin, Änderungen des Wohnwechsels unverzüglich mitzuteilen. 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.

Ort, Datum

Unterschrift