

Antrag auf Gewährung einer besonderen monatlichen Zuwendung (Opferpension)

nach § 17a des Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes (StrRehaG)



SACHSEN-ANHALT

Landesverwaltungsamt

Eingangsstempel

Aktenzeichen

Da der **Zeitpunkt der Antragstellung** ausschlaggebend für den Leistungsbeginn ist, sollten Sie den Antrag unverzüglich an das Landesverwaltungsamt zurücksenden. Derzeit nicht vorhandene Unterlagen können Sie nachreichen.

Bezüglich der beigefügten **Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Einkommensfragebogen)** beachten Sie bitte die Hinweise unter Ziffer 4. Bitte geben Sie nur Ihr Einkommen an. Das Einkommen des Partners bleibt unberücksichtigt.

Die Angaben in diesem Erhebungsbogen sind erforderlich, um über den Antrag auf Gewährung einer monatlichen Zuwendung nach § 17a StrRehaG entscheiden zu können.

Bitte beachten Sie die Datenschutzhinweise gem. Art. 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

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, Geburtsname, ggf. frühere Namen | 1.2 | Namenszusatz |
| 1.3 | Vorname | | |
| 1.4 | Geburtsdatum, Geburtsort | 1.5 | Geschlecht |
| | | | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe |
| 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"/> Lebenspartnerschaft ist aufgehoben <input type="checkbox"/> verheiratet* <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft* <input type="checkbox"/> eheähnliche/lebenspartnerschaftsähnliche Gemeinschaft* | | |
| | * Bitte Heiratsurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, bei lebenspartnerschafts-/eheähnlicher Gemeinschaft bitte Meldebescheinigungen beider Partner beifügen. | | |
| 1.9 | Telefon-Nr./E-Mail (freiwillig) | | |
| | Tel.-Nr.: _____ | E-Mail: _____ | |

2. Haftzeit / Rehabilitierungen / 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/Stelle | |
| | | | Aktenzeichen | am |
| | Gewährung der Kapitalentschädigung/Prüfung der Ausschließungsgründe erfolgte durch Stelle/Behörde | | AktENZEICHEN | |
| 2.2 | Weitere Haftzeiten (sofern darüber hinaus noch weitere Zeiten vorliegen, bitte gesondert aufführen) | | | |
| | Freiheitsentziehung (TT.MM.JJJJ) | | Rehabilitierungs-/Kassationsentscheidung, Bescheinigung nach § 10 Abs 4 HHG ergangen durch/beantragt | |
| | von | bis | Gericht/Stelle | |
| | | | Aktenzeichen | am |
| Gewährung der Kapitalentschädigung/Prüfung der Ausschließungsgründe erfolgte durch Stelle/Behörde | | AktENZEICHEN | | |
| 2.3 | Sind weitere Rehabilitierungs-/Kassationsentscheidungen oder Bescheinigungen nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz ergangen bzw. wurden weitere erteilt oder beantragt? | | | |
| | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |

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 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 Unterstützungsleistungen nach § 18 StrRehaG von der Stiftung für ehemalige politische Häftlinge. |

4. Einkommen und Bedürftigkeit

| | |
|-----|---|
| | Erklärung zum Einkommen (bitte Nachweise beifügen) Erläuterungen zu den Einkünften entnehmen Sie der beigefügten Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Einkommensfragebogen) |
| 4.1 | <input type="checkbox"/> Ich bin Rentner/in und erhalte folgende monatliche Rente oder vergleichbare Leistungen. (z.B. Rente wegen Alters, verminderter Erwerbsfähigkeit, Todes) - nur Angabe der Einkommensart erforderlich |
| 4.2 | <input type="checkbox"/> Als Rentner/in verfüge ich neben den oben angeführten Renten über keine weiteren Einkünfte. |
| 4.3 | <input type="checkbox"/> Als Rentner/in verfüge ich neben den oben angeführten Renten über weitere Bruttoeinkünfte. (Bitte füllen Sie den Einkommensfragebogen aus und fügen Sie diesen bei.) |
| 4.4 | <input type="checkbox"/> Ich bin kein/e Rentner/in (Bitte füllen Sie den Einkommensfragebogen aus und fügen Sie diesen bei.) |

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

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

6. Beigefügte Unterlagen

Unterlagen und Nachweise, die dem Landesverwaltungsamt oder den ehemaligen Ämtern für Versorgung und Soziales Halle/Magdeburg im Zusammenhang mit einem Antrag auf Gewährung einer Kapitalentschädigung oder auf Beschädigtenversorgung nach dem Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz bereits vorliegen, müssen nicht nochmals übersandt werden.

| 6.1 | Beigefügt sind: Anlagen | liegt bereits vor |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Rehabilitierungsentscheidung/en (Anzahl) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Bescheinigung/en nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz (Anzahl) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Einkommensfragebogen | |
| <input type="checkbox"/> | Meldebescheinigung/en a) siehe Hinweis unter Ziffer 1.8 b) wenn Sie im Besitz einer Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 HHG sind und Ihren Wohnsitz in Sachsen-Anhalt haben | |
| <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | | |
| 6.2 | Folgende Unterlagen reiche ich nach: 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. Erklärungen

| 7.1 | <p>Ich bin damit einverstanden, dass das Landesverwaltungsamt</p> <ul style="list-style-type: none">➤ von den Rehabilitierungs- und Entschädigungsstellen, den HHG-Behörden, der Stiftung für ehemalige politische Häftlinge, dem Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes, den Finanzbehörden, den Justizvollzugsanstalten und Einrichtungen des Maßregelvollzugs oder von anderen Behörden und Stellen, <p>weitere Auskünfte einholt, soweit diese für die Entscheidung über die Zahlung/die Gewährung der besonderen monatlichen Zuwendung erforderlich sind. Ich stimme ausdrücklich zu, dass die Finanzbehörden für alle Zeiträume, für die ich Leistungen nach § 17a StrRehaG erhalten habe, Auskünfte erteilen und entbinde sie von der Wahrung des Steuergeheimnisses (§ 30 Abgabeordnung).</p> <p>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*</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>Einschränkungen*:</p> | | | | |
|------------|---|------------|--------------|--|--|
| | <table border="1"><thead><tr><th data-bbox="247 907 925 952">Ort, Datum</th><th data-bbox="925 907 1476 952">Unterschrift</th></tr></thead><tbody><tr><td data-bbox="247 952 925 1019"></td><td data-bbox="925 952 1476 1019"></td></tr></tbody></table> | Ort, Datum | Unterschrift | | |
| Ort, Datum | Unterschrift | | | | |
| | | | | | |
| 7.2 | <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 die besondere Zuwendung für Haftopfer Personen nicht gewährt wird, gegen die eine Freiheitsstrafe von mindestens 3 Jahren wegen einer vorsätzlichen Straftat rechtskräftig verhängt worden ist, sofern die Entscheidung in einer Auskunft aus dem Zentralregister enthalten ist (§ 17a Abs.7 StrRehaG).</p> <p>Ich versichere hiermit, dass eine die Gewährung der Opferpension ausschließende Haftstrafe gegen mich nicht verhängt wurde.</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich nach § 17a Abs. 4 Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz verpflichtet bin, jede Änderung des Einkommens unverzüglich mitzuteilen. Dies betrifft auch Änderungen des Familienstandes, einschließlich der Anzahl der Kinder, für die ein Kindergeldanspruch besteht, eine Änderung des Wohnsitzes oder der Bankverbindung sowie jede gegen mich rechtskräftig verhängte Freiheitsstrafe von mindestens 3 Jahren.</p> <p>Das Landesverwaltungsamt kann den Leistungsbescheid zurücknehmen und die gewährten Leistungen zurückfordern, wenn ich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht habe und/oder mir die Leistung wegen Vorliegens eines Ausschlussstatbestandes nicht zusteht. Eine Berufung auf Vertrauensschutz ist in diesem Fall nicht möglich. Zudem kann dies ggf. eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen.</p> | | | | |
| | <table border="1"><thead><tr><th data-bbox="247 2049 925 2094">Ort, Datum</th><th data-bbox="925 2049 1476 2094">Unterschrift</th></tr></thead><tbody><tr><td data-bbox="247 2094 925 2161"></td><td data-bbox="925 2094 1476 2161"></td></tr></tbody></table> | Ort, Datum | Unterschrift | | |
| Ort, Datum | Unterschrift | | | | |
| | | | | | |