

Az.: (wird von der Behörde ausgefüllt)

A4

**Anlage 4****Gewährung einer Einmalleistung  
wegen Zersetzungsmaßnahmen**nach § 1a Abs. 2 Verwaltungsrechtliches  
Rehabilitierungsgesetz**1. Antragsteller**

Name, Vorname \*

Geburtsdatum \*

**2. Angaben zur rechtsstaatswidrigen Verwaltungsmaßnahme \*****Wurden Sie in der Zeit vom 8. Mai 1945 bis zum 2. Oktober 1990 im Beitrittsgebiet persönlich Opfer einer rechtsstaatswidrigen Verwaltungsmaßnahme (Zersetzungsmaßnahme), die zu keinem rehabilitierungsfähigen Eingriff in die Rechtsgüter Gesundheit/Leben, Vermögen oder Beruf führte?**

Ja      Nein

**Wurden Sie wegen der Zersetzungsmaßnahme bereits nach § 1a VwRehaG moralisch rehabilitiert?**

Ja      Nein

Falls Ja, bitte Behörde und Aktenzeichen angeben.

**a) Veranlasser der hoheitlichen Maßnahme <sup>1</sup>**

Welche behördliche Stelle hat die Maßnahme seinerzeit veranlasst/angeordnet?

**b) Art der Maßnahme <sup>1</sup>**

Worin bestand das rechtsstaatswidrige Verwaltungshandeln in Ihrem Fall?

Observierungs- und Zersetzungsmaßnahmen des Ministeriums für Staatssicherheit der ehemaligen DDR (MfS) im Rahmen s.g. operativer Vorgänge und Personenkontrollen (weiter mit Pkt. 3)

Kreisverweisung im Oktober 1945 oder Zwangsaussiedlung (weiter mit Pkt. 4)

andere behördliche Maßnahme, die der Zersetzung diente (weiter mit Pkt. 5)

**c) Form der Maßnahme <sup>1</sup>**

In welcher Form erging diese Maßnahme?

(Schriftlich, mündlich oder auf welche andere Weise? Bitte, soweit möglich, Bescheide, Schreiben etc. beifügen.)

<sup>1</sup> Sollten Sie Opfer von mehr als einer Zersetzungsmaßnahme geworden sein, bitte weitere Anlage A 4 ausfüllen.

**3. Observierungs- und Zersetzungsmaßnahme des MfS \***

Waren Sie Zielperson eines operativen Vorgangs oder einer operativen Personenkontrolle und können Sie dies mit Unterlagen des Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen DDR (BStU) belegen?

Ja            Nein

Für den Fall, dass Sie vermuten, Opfer rechtsstaatswidriger Maßnahmen des MfS geworden zu sein, beantworten Sie bitte die Fragen unter Pkt. 5.

**4. Kreisverweisung/Zwangsaussiedlung**

a) Von welchem Ort wurden Sie wohin zwangsweise umgesiedelt? (Nachweise über die Zwangsaussiedlung bitte beifügen -soweit vorhanden-) von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_

b) Wann erfolgte die Kreisverweisung bzw. die Zwangsumsiedlung?

Zeitpunkt:

**5. andere behördliche Maßnahme, die der Zersetzung diene \***

Bitte schildern Sie, a) wie Sie die Maßnahme wahrgenommen haben, b) wann und wo diese Maßnahme stattgefunden hat und c) worin für Sie der grobe Verstoß gegen rechtsstaatliche Grundsätze besteht.

(Für weitere Angaben verwenden Sie bitte ggf. eine gesonderte Anlage.)

**6. sonstige Angaben**

Haben Sie wegen der Auswirkungen der rechtswidrigen Maßnahme, die Gegenstand dieses Antrags ist, bereits Ausgleichsleistungen erhalten? \*

Ja            Nein

Falls Ja,

Betrag                      Währung                      Rechtsgrundlage der Ausgleichsleistung

**7. Bankverbindung**

Die Einmalleistung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber \*

IBAN (ohne Leerstellen) \*

BIC

Geldinstitut \*

**Datenschutzhinweis**

Ihre Daten werden von der Landesdirektion Sachsen in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten finden Sie unter dem Link \_\_\_\_\_ sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

Datum: \*

Ort: \*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller