

# Antrag auf Gewährung einer besonderen monatlichen Zuwendung (Opferpension)

gemäß § 17a des Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes (StrRehaG)

## 1. Angaben zur Person \*

Geschlecht      weiblich      männlich

Namenszusatz      Vorname/n (Rufname bitte in Großbuchstaben)      Nachname (ggf. frühere Namen)

Geburtsdatum      Geburtsort

Straße/Hausnummer

PLZ      Wohnort

Telefon      E-Mail

## Familienstand

ledig/verwitwet      geschieden seit:

verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft/eheähnliche bzw. lebenspartnerschaftsähnliche Gemeinschaft

### Angaben zur Ehefrau/zum Ehegatten bzw. zur Lebenspartnerin/zum Lebenspartner

Vorname/n (Rufname bitte in Großbuchstaben)      Nachname (ggf. frühere Namen)

Straße/Hausnummer      PLZ      Wohnort

Kinder im Kindergeldbezug (als Nachweis für den Kindergeldbezug bitte Kontoauszüge, Bewilligungsbescheide u.ä. beifügen!)

### Angaben zum Kind/den Kindern

	Vorname/n (Rufname bitte in Großbuchstaben)	Nachname	Geburtsdatum
1			
2			
3			
4			

bzw. ausfüllen!

Alle Felder mit einem \* sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen

## 2. Haftzeit / Rehabilitierungen / Anerkennung als ehemaliger politischer Häftling

### Haftzeit

Rehabilitierungs- /Kassationsentscheidung, Bescheinigung gemäß § 10 Abs 4 HHG ergangen durch/beantragt bei:

vom

bis

Gericht/Stelle

Aktenzeichen

am

Gewährung der Kapitalentschädigung/Prüfung der Ausschließungsgründe erfolgte durch:

Stelle/Behörde

Aktenzeichen

### Weitere Haftzeiten

Rehabilitierungs- /Kassationsentscheidung, Bescheinigung gemäß § 10 Abs 4 HHG ergangen durch/beantragt bei:

vom

bis

Gericht/Stelle

Aktenzeichen

am

Gewährung der Kapitalentschädigung/Prüfung der Ausschließungsgründe erfolgte durch:

Stelle/Behörde

Aktenzeichen

Rehabilitierungs- /Kassationsentscheidung, Bescheinigung gemäß § 10 Abs 4 HHG ergangen durch/beantragt bei:

vom

bis

Gericht/Stelle

Aktenzeichen

am

Gewährung der Kapitalentschädigung/Prüfung der Ausschließungsgründe erfolgte durch:

Stelle/Behörde

Aktenzeichen

Sofern darüber hinaus noch weitere Zeiten vorliegen, reichen Sie diese bitte auf einer gesonderten Anlage ein.

Ich habe weitere Rehabilitierungs- /Kassationsentscheidungen oder Bescheinigungen nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz erhalten bzw. beantragt:

Ja

Nein

## 3. Ausschluss doppelter Leistungsgewährung

Die besondere monatliche Zuwendung (Opferpension) kann nur von einer Stelle/Behörde gewährt werden.

Ich erhalte die hier beantragte monatliche Zuwendung von einer anderen Stelle/Behörde oder habe diese bei einer anderen Stelle/Behörde beantragt:

Ja

Nein

**4. Einkommen**

(Bitte geben Sie nur Ihr Einkommen an. Das Einkommen des Partners bleibt unberücksichtigt.)

**Erklärung zum Einkommen** (bitte Nachweise beifügen)

Ich bin kein Rentner/in  
(Bitte füllen Sie Anlage \_\_\_\_\_ aus und fügen Sie diese bei)

Ich bin Rentner/in und erhalte nur folgende monatliche Renten oder vergleichbare Zahlungen  
(z.B. Rente wegen Alters, verminderter Erwerbsfähigkeit, Todes / Nur Angabe der Einkommensart erforderlich)

Ich bin Rentner/in und erhalte neben der oben ausgeführten Rente weitere Einkünfte  
(Bitte füllen Sie Anlage \_\_\_\_\_ aus und fügen Sie diese bei)

**5. Bankverbindung \***

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

Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut
-------------	--------------	--------------

IBAN	BIC
------	-----

Kontoinhaber (falls nicht mit Antragsteller identisch)

**Hinweis!**

Überweisungen auf Fremdkonten können nur erfolgen, wenn hierfür ein sachlicher Grund (z.B. kein eigenes Konto) dargelegt wird oder für das betreffende Konto eine Verfügungsberechtigung besteht.

Begründung (falls Fremdkonto)

**6. Unterlagen****Beigefügte Unterlagen:**

Unterlagen und Nachweise, die der Behörde im Zusammenhang mit einem Antrag auf Gewährung einer Kapitalentschädigung nach dem strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz bereits vorliegen, müssen nicht nochmals übersandt werden. Unterlagen der Generalstaatsanwaltschaft Dresden, Entschädigungsstelle, werden mit ihrem Einverständnis durch die Landesdirektion Sachsen direkt angefordert. Derzeit nicht vorhandene Unterlagen können Sie nachreichen.

**Folgende Unterlagen und Nachweise sind diesem Antrag als Anlage beigefügt:**

	Anzahl	liegt bereits vor
Rehabilitierungsentscheidung/en		
Bescheinigung/en nach § 10 Abs.4 Häftlingsgesetz		
Einkommensfragebogen		
Meldebescheinigung/en		
a) siehe Angaben zum Familienstand unter Nummer 1.		
b) wenn Sie im Besitz einer Bescheinigung nach § 10 Abs.4 HHG sind und Ihren Wohnsitz in Sachsen haben		
Bescheid Kapitalentschädigung (Nachzahlung) (soweit vorhanden)		
Kindergeldbescheid/e		
letzter Steuerbescheid des Finanzamtes		

**Nachzureichende Unterlagen:**

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. Ausgleich rentenversicherungsrechtlicher Nachteile

Um einen rentenversicherungsrechtlichen Ausgleich für haftbedingte Ausfallzeiten in Anspruch nehmen zu können, benötigen Sie zusätzlich eine Anerkennung als Verfolgter im Sinne § 1 des Beruflichen Rehabilitierungsgesetzes (BerRehaG).

Ich war unmittelbar vor der Haftzeit sozialversicherungspflichtig beschäftigt (Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis) und beantrage hiermit die Anerkennung als Verfolgter im Sinne des § 1 Abs. 1 BerRehaG.

Ich wurde durch die zu Unrecht erlittene Haftzeit an der Erziehung meiner Kinder gehindert und beantrage hiermit die berufliche Rehabilitation zur Anerkennung von Kindererziehungszeiten gemäß § 11a Abs. 3 BerRehaG

Ich wurde wegen der oben erwähnten Haftzeiten bereits beruflich rehabilitiert.

Stelle/Behörde:

Aktenzeichen:

## 8. Erklärungen

Ich bin damit einverstanden, dass die Landesdirektion Sachsen von den Rehabilitierungs- und Entschädigungsstellen, den HHG-Behörden, der Stiftung für ehemalige politische Häftlinge, der Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staats- sicherheitsdienstes, dem Bundesamt der 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.

Ja

**Nein (Hinweis! 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.)**

Datum

Ort

\_\_\_\_\_  
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 verpflichtet bin, jede Änderung meiner Einkommensverhältnisse, meines Familienstandes sowie jede gegen mich verhängte Freiheitsstrafe von mindestens drei Jahren unverzüglich anzuzeigen.**

Mir ist außerdem bekannt, dass die Landesdirektion Sachsen 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.

### 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