

Justizministerium
Mecklenburg-Vorpommern
Rehabilitierungsbehörde
Puschkinstraße 19-21

19055 Schwerin

Anlage zum Antrag auf Gewährung der besonderen Zuwendung für Haftopfer nach § 17a des Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes (StrRehaG)	Eingangsstempel
	Geschäftszeichen

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. Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert.

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

1.1	Name, ggf. frühere Namen	1.2	Namenszusatz
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
1.3	Vorname		
	<input type="text"/>		
1.4	Geburtsdatum	Geburtsort	1.5 Geschlecht
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
1.6	Straße / Hausnummer		
	<input type="text"/>		
1.7	PLZ / Wohnort		
	<input type="text"/>		
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/ lebenspartnerähnliche Gemeinschaft*		
	* Bitte Kopie der Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde; bei eheähnlicher/lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft bitte aktuelle Meldebescheinigung beider Partner beifügen.		
1.9	Telefon-Nr. (freiwillig)		
	Vorwahl:	Rufnummer:	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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

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 / Stelle	
			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 / Stelle	
			Aktenzeichen	am
	Gewährung der Kapitalentschädigung / Prüfung der Ausschließungsgründe erfolgte durch Stelle / Behörde			Aktenzeichen

3. Ausschluss doppelter Leistungsgewährung

<input type="checkbox"/>	Ich erhalte die hier beantragte Zuwendung von keiner anderen Stelle/Behörde und habe diese auch bei keiner anderen Stelle/Behörde beantragt.
--------------------------	--

4. Einkommen

Erklärung zum Einkommen (bitte Nachweise beifügen)	
Erläuterungen zu den Einkünften entnehmen Sie dem beigefügten Einkommensfragebogen	
4.1	<input type="checkbox"/> Ich bin Rentner / in und erhalte folgende monatliche Renten (Brutto): (darunter fallen Altersrenten, Hinterbliebenenversorgung, Renten wegen Erwerbsminderung und vergleichbare Leistungen) € €
4.2	Als Rentner / in verfüge ich neben den oben angeführten Renten über
4.3	<input type="checkbox"/> keine weiteren Einkünfte (kein Einkommensfragebogen erforderlich)
4.3	<input type="checkbox"/> weitere Bruttoeinkünfte ⇒ Bitte füllen Sie den beigefügten Einkommensfragebogen aus.
4.4	<input type="checkbox"/> Ich bin kein/e Rentner / in ⇒ Bitte füllen Sie den beigefügten Einkommensfragebogen aus.

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

5.1	Name und Anschrift des Geldinstituts	
	Bankleitzahl	Kontonummer
	IBAN:	
	BIC:	
	Kontoinhaber (falls nicht mit Antragsteller identisch) Name und Anschrift:	

6. 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.

6.1	beigefügt sind
	<input type="checkbox"/> Rehabilitierungsentscheidung/en (Anzahl)
	<input type="checkbox"/> Bescheinigung / en nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz (Anzahl)
	<input type="checkbox"/> Einkommensnachweise
	<input type="checkbox"/> Meldebescheinigung (Anzahl)
	<input type="checkbox"/>

6.2 Folgende Unterlagen reiche ich nach:

7.	Erklärung
	<p>Ich versichere, dass ich die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen, gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.</p> <p>Ich erkläre, dass ich nicht gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder Rechtsstaatlichkeit verstoßen, dem politischen System der ehemaligen DDR keinen erheblichen Vorschub geleistet und meine Stellung nicht in schwerwiegendem Maße zum eigenen Vorteil oder zum Nachteil anderer missbraucht habe.</p> <p>Ich erkläre, 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 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>Ich erkläre, dass gegen mich keine Freiheitsstrafe von mindestens drei Jahren wegen einer vorsätzlichen Straftat rechtskräftig verhängt worden ist.</p> <p>In bin damit einverstanden, dass das Justizministerium Mecklenburg-Vorpommern von den Rehabilitierungs- und Entschädigungsstellen, den HHG-Behörden, der Stiftung für ehemalige politische Häftlinge, dem Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes, dem Bundesamt der Justiz oder anderen Behörden und Stellen, weitere Auskünfte einholt, soweit diese für die Entscheidung über die Zahlung/der Gewährung der besonderen monatlichen Zuwendung erforderlich sind. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass meine Daten an eine zentrale Erfassungsstelle zur Vermeidung von Mehrfach- bzw. Doppelzahlungen weitergeleitet werden.</p> <p>Gemäß § 60 Abs.1 Nr.1 SGB I sind alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen der zuständigen Behörde der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zu zustimmen. Kommt Derjenige der Leistungen beantragt, seinen gesetzlich vorgeschriebenen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger nach § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Die von Ihnen erbetenen Angaben (Daten) werden für die Bearbeitung Ihres Antrages benötigt. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung, -verarbeitung, -nutzung und Datenspeicherung sind die §§ 67 ff. SGB X. Der Schutz Ihrer Sozialdaten ist gewährleistet.</p> <p>Änderungen des Einkommens, des Familienstandes und des Wohnsitzes sowie jede gegen mich wegen einer vorsätzlichen Straftat rechtskräftig verhängte Freiheitsstrafe von mindestens drei Jahren werde ich unverzüglich anzeigen.</p> <p>Mir ist bekannt, dass das Justizministerium Mecklenburg-Vorpommern 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.</p> <p>Ort, Datum:</p> <p>Unterschrift:</p>