

Az.: II D _____ - 4635/200-_____ NZ _____
RZ _____

Antrag auf besondere Zuwendung für Haftopfer nach § 17a des Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes (StrRehaG)

(Bitte füllen Sie diesen Antrag vollständig aus und senden Sie diesen an das Landesamt für
Gesundheit und Soziales Berlin, Referat II D, Marienfelder Allee 66-80, 12277 Berlin)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname/
früherer Name: _____ geb. am: _____ Geb.-Ort: _____

Hauptwohnsitz zum Zeitpunkt der Antragstellung

Postleitzahl Ort Straße, Hausnummer

Ich bin

verheiratet alleinstehend (geschieden, verwitwet) Lebenspartner/in
(Nachweis durch Kopie der entsprechenden Urkunde)

Ich lebe

in eheähnlicher Gemeinschaft in partnerschaftsähnlicher Gemeinschaft
(Nachweis durch Kopie der Meldebestätigung der Lebensgefährten)

Ich bin im Besitz

einer Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz (HHG)

Haftzeit (en): _____

Hierzu versichere ich, dass mein Hauptwohnsitz in Berlin ist.

eines Beschlusses des Landgerichts Berlin über die strafrechtliche Rehabilitierung
Haftzeit (en): _____

weitere Haftzeiten: _____

nachgewiesen durch: _____

**Waren Sie als hauptamtlicher oder inoffizieller Mitarbeiter oder auf vergleichbare Weise
für die Staatssicherheit in der ehemaligen sowjetischen Besatzungszone/DDR oder für
das Arbeitsgebiet 1 der Kriminalpolizei der Volkspolizei tätig?**

nein ja (nähere Angaben dazu auf gesondertem Blatt)

Ich bin Rentner / Rentnerin und erhalte Renten, Ruhegehälter/Pensionen, Leistungen
aufgrund eines früheren Dienst- oder Arbeitsverhältnisses?

(z.B. Leistungen der gesetzl. Renten- u. Unfallversicherung wie Altersrente, Witwen- o. Waisenrente, Rente wegen Berufs-,
Erwerbsminderung/-unfähigkeit, Landwirtschaftliches Altersgeld, Werks- oder Betriebsrenten, Unfallrenten, Rente wegen
Kindererziehung, Ruhebezüge aus der Beamten- o. Soldatenversorgung, vergleichbare Leistungen)

Bitte Rentenbescheide in Kopie beifügen.

Die Höhe der Rentenleistung wird nicht erfasst.

Als Rentner / in verfüge ich neben den oben angeführten Renten über

- keine weiteren Einkünfte (**keine weiteren Einkommensangaben erforderlich**)
- weitere Bruttoeinkünfte ⇒ Bitte füllen Sie die nachfolgende Erklärung aus.

Ich bin kein Rentner / in ⇒ Bitte füllen Sie die nachfolgende Erklärung aus.

Erklärung über die wirtschaftlichen Verhältnisse

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.

Wir bitten Sie, die Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten und den unterschriebenen Fragebogen umgehend an das Landesamt für Gesundheit und Soziales zurückzusenden.

Der Umfang des Fragebogens ist auf die Vielfalt der berücksichtigungsfähigen Einkommen zurückzuführen.

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei.

Das Einkommen des/der Partners/Partnerin bleibt unberücksichtigt.

Erhalten Sie andere Sozialleistungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Leistungen der Arbeitsförderung (z.B. Arbeitslosengeld I, Überbrückungsgeld, Berufsausbildungshilfe, Ausbildungsgeld)			€
Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) (z.B. Arbeitslosengeld II, Sozialgeld)			€
Leistungen der Grundsicherung im Alter u. bei Erwerbsminderung (SGB XII)			€
Leistungen nach dem Wohngeldgesetz (Miet- /Lastenzuschuss)			€
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder den Gesetzen, die das BVG anwenden (ZDG, OEG, HHG, IfSG, SVG, StrRehaG, VwRehaG) <input type="checkbox"/> Grundrente (soweit nicht kapitalisiert oder ruhend) <input type="checkbox"/> Ausgleichsrente <input type="checkbox"/> Ehegattenzuschlag <input type="checkbox"/> Kinderzuschläge <input type="checkbox"/> Schadensausgleich <input type="checkbox"/> Berufsschadensausgleich <input type="checkbox"/> Elternrente			€
Leistungen nach dem Bundesentschädigungs- o. Lastenausgleichsgesetz			€
Elterngeld			€
Andere / weitere Leistungen:			€
Haben Sie Einkünfte aus nichtselbstständiger Tätigkeit (auch als mithelfendes Familienmitglied)? (Verdienstbescheinigung) (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Haben Sie Einkünfte aus Gewerbebetrieb oder selbstständiger Tätigkeit (Steuerbescheid / Einnahme-Überschussrechnung)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Erzielen Sie Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft? (Nachweise) (z.B. Land-, Forstwirtschaft, Weinbau, Gartenbau, Pflanzengewinnung, Tierzucht, Tierhaltung, Jagd, o.ä.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€

Erzielen Sie Einkünfte aus Kapitalvermögen? (Nachweise) (Zinsen aus Sparbuch-, Bausparguthaben, Prämiensparbuchguthaben oder sonstigen Einlagen/Sparanteilen, Wertpapier-, Immobilien-, Schifffonds, Dividenden, sonstigen Wertpapieren, Anteilsscheinen, Genussrechten oder ähnliche Erträge)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Erzielen Sie Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung einschließlich Untervermietung? (Nachweise der Einnahmen und Ausgaben) z.B. Vermietung und Verpachtung von Grundstücken, Gebäuden, Gebäudeteilen, Zimmern, Schiffen, beweglichen Betriebsvermögen, Überlassung von Rechten, o.Ä.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Brutto
Sachleistungen (unentgeltliche Kost, Wohnung, Wohnrecht, Heizung, Beleuchtung, unentgeltliche Nutzung eines Pkw, Deputate u.Ä.)			
Art und Höhe der Sachleistung:			€
Unterhalt			€
Steuererstattung des Finanzamtes			€
Sonstige Einkünfte (Angabe bisher nicht aufgeführter Einkünfte)			
Art und Höhe der Einkünfte:			€

- Mein monatliches Gesamt**brutto**einkommen liegt **ohne** Berücksichtigung der Leistungen aus der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, der betrieblichen Alterssicherung, der Ruhebezüge aus der Beamten- o. Soldatenversorgung unter der maßgeblichen Einkommensgrenze
- von 1041 € (Stand 07/2007) bei Alleinstehenden
 - von 1388 € (Stand 07/2007) bei Verheirateten, bei Lebenspartnerschaft und bei ehe- oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaften.
- Ich habe aus diesem Grund absetzbare Beträge nicht angegeben und Nachweise nicht beigefügt.

Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge

Einkommens- bzw. Lohnsteuern einschließlich Solidaritätszuschlag	€	Beiträge zu Berufsverbänden (Gewerkschaft, Beamtenbund)	€
Kirchensteuer	€	Lebensversicherung	€
Krankenversicherung	€	Sterbeversicherung	€
Pflegeversicherung	€	Hausratversicherung	€
Arbeitslosenversicherung	€	Haftpflichtversicherung	€
Altersvorsorgebeiträge (z.B. Riesterreente)	€	Kinderbetreuungskosten	€
Rentenversicherung	€	Doppelte Haushaltsführung	€
Unfallversicherung	€	Bitte angeben, ob es sich um Monats-/Jahresbeträge handelt	
Welches Verkehrsmittel nutzen Sie?			
<input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel (Kosten für die günstigste Zeitkarte)			€
<input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Motorrad / Motorroller <input type="checkbox"/> Fahrrad mit Motor			
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte (einfache Strecke) km			
Andere notwendige Ausgaben zur Erzielung des Einkommens			
Art und Höhe der notwendigen Ausgaben:			€

Bankverbindung (ggf. anderer Kontoinhaber)

Name: _____

Kontonummer

Bankleitzahl

Geldinstitut

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.

Ich erhalte die hier beantragte monatliche Zuwendung von keiner anderen Stelle/Behörde und habe diese auch bei keiner anderen Stelle/Behörde beantragt.

Ich versichere, dass ich zu keinem Zeitpunkt bei einer anderen Behörde einen Antrag auf Gewährung der Besonderen Zuwendung für Haftopfer gestellt habe.

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Folgen wissentlich falscher Erklärungen sind mir bewusst.

Ich verpflichte mich, jede Änderung meiner persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der die Leistung gewährenden Behörde mitzuteilen.

Mir ist außerdem bekannt, dass falsche Angaben die Rückforderung etwaiger Leistungen und ggf. eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen können.

In bin damit einverstanden, dass das Landesamt für Gesundheit und Soziales

- von den Rehabilitierungs- und Entschädigungsstellen, den HHG-Behörden, der Stiftung für ehemalige politische Häftlinge, der 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 besonderen monatlichen Zuwendung erforderlich sind.

Das Einverständnis gilt für das mit dem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließendes Widerspruchsverfahren.

 ja

 nein*

*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.

Einschränkungen*:

Ort, Datum

Unterschrift

(Sollten Sie von einer bevollmächtigten Person vertreten werden, ist mit diesem Antrag eine Vollmacht einzureichen.)

Die Bearbeitung Ihres Antrages ist nur möglich, wenn die geforderten Unterlagen vollständig von Ihnen eingereicht worden sind.