

Behörde	Aktenzeichen
	Eingegangen am (Stempel)

Antrag auf Gewährung einer besonderen monatlichen Zuwendung (sog. Opferpension) nach § 17a des Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes (StrRehaG)

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.

Da der Zeitpunkt der Antragstellung ausschlaggebend für den Leistungsbeginn ist, sollten Sie den Antrag unverzüglich an die zuständige Behörde zurücksenden. Derzeit nicht vorhandene Unterlagen können Sie nachreichen.

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

Amtliche Vermerke

1.1	Name, ggf. frühere Namen	1.2 Namenszusatz
1.3	Vorname	
1.4	Geburtsdatum	1.5 Geschlecht
		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
1.6	Straße / Hausnummer	
1.7	PLZ / Wohnort	1.8 Telefonnummer
	E-Mailadresse	
1.9	Zweitwohnsitz (nur wenn zutreffend)	
	Straße / Hausnummer	
	PLZ / Wohnort	
1.10	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 Heiratsurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, bei lebenspartner- / eheähnlicher Gemeinschaft bitte Meldebescheinigung beider Partner beifügen. * Beachten Sie bitte, dass sämtliche von Ihnen übersandte Unterlagen eingescannt werden und anschließend vernichtet werden! Eine Herausgabe von Original-Unterlagen ist damit ausgeschlossen!	

2. Haftzeit / Rehabilitierung / Anerkennung als ehemaliger politischer Häftling

2.1	Freiheitsentziehung (TT.MM.JJJJ)		Rehabilitierungs- /Kassationsentscheidung, Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 HHG ergangen durch / be- antragt	
	von	bis	Gericht / Behörde	
			Ort	
			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 / be- antragt	
	von	bis	Gericht / Behörde	
			Ort	
			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 / be- antragt	
	von	bis	Gericht / Behörde	
			Ort	
			Aktenzeichen	am
	Gewährung der Kapitalentschädigung / Prüfung der Ausschließungsgründe erfolgte durch Stelle / Behörde		Aktenzeichen	

2.4	<input type="checkbox"/> Weitere Rehabilitierungs- /Kassationsentscheidungen oder Bescheinigungen nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz (HHG) sind nicht ergangen bzw. erteilt und wurden auch nicht beantragt.
-----	---

3. Ausschluss doppelter Leistungsgewährung

Amtliche
Vermerke

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 an Berechtigte aus.	
	<input type="checkbox"/> ja	Haben Sie die hier beantragte monatliche Zuwendung bereits von einer anderen Stelle/Behörde erhalten bzw. haben Sie diese bei einer anderen Stelle/Behörde beantragt ?
	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja	Erhalten Sie seit Inkrafttreten des § 17a StrRehaG eine Unterstützungsleistung nach § 18 StrRehaG von der Stiftung für ehemalige politische Häftlinge bzw. haben Sie diese dort beantragt ?
	<input type="checkbox"/> nein	

4. Einkommen

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

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

5.1	Name des Geldinstituts	
	
	IBAN	BIC

	Kontoinhaber (falls nicht mit Antragsteller identisch)	
	

6. Beigefügte Unterlagen

6.1		liegt bereits vor
	<input type="checkbox"/> Rehabilitierungsentscheidung / en	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Bescheinigung / en nach § 10 Abs. 4 HHG	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Einkommensfragebogen	<input type="checkbox"/>
	Sonstige Anlagen	
	

