

Antrag auf Gewährung einer besonderen monatlichen Zuwendung (Opferpension)

nach § 17a des Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes (StrRehaG)

Landesverwaltungsamt
 - Referat Versorgungsamt / SER
 Postfach 1120
 39001 Magdeburg



SACHSEN-ANHALT

Landesverwaltungsamt

Eingangsstempel

Aktenzeichen

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 das Landesverwaltungsamt 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

1.1	Name, ggf. frühere Namen	1.2	Namenszusatz
	<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>
1.3	Vorname		
	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
1.4	Geburtsdatum	1.5	Geschlecht
	<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
1.6	Straße / Hausnummer		
	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
1.7	PLZ / Wohnort		
	<input style="width: 95%;" 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 Heiratsurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, bei lebenspartner- / eheähnlicher Gemeinschaft bitte Meldebescheinigung beider Partner beifügen.		
1.9	Telefon-Nr. (freiwillig)		
	Vorwahl: <input style="width: 150px;" type="text"/> Rufnummer: <input style="width: 150px;" 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

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

3. Ausschluss doppelter Leistungsgewährung

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"/> Ich erhalte die hier beantragte monatliche Zuwendung von keiner anderen Stelle/Behörde und habe diese auch bei keiner anderen Stelle/Behörde beantragt.
	<input type="checkbox"/> Ich erhalte seit Inkrafttreten des § 17a StrRehaG keine Unterstützungsleistung nach § 18 Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz von der Stiftung für ehemalige politische Häftlinge und habe diese auch nicht 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):€€
4.2	Als Rentner / in verfüge ich neben den oben angeführten Renten über <input type="checkbox"/> keine weiteren Einkünfte (kein Einkommensfragebogen erforderlich) <hr/> <input type="checkbox"/> nur die folgenden Einkünfte(Brutto) von insgesamt <u>unter 1041,- Euro monatlich</u> (kein Einkommensfragebogen erforderlich)(Nachweise beifügen)€(Nachweise beifügen)€
4.3	<input type="checkbox"/> weitere Bruttoeinkünfte <u>von mehr als 1041,- Euro monatlich</u> ⇒ Bitte füllen Sie den beigefügten Einkommensfragebogen aus.
4.4	<input type="checkbox"/> Ich bin kein 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 des Geldinstituts	
	Bankleitzahl	Kontonummer
	Kontoinhaber (falls nicht mit Antragsteller identisch)	

6. Beigefügte Unterlagen

Unterlagen und Nachweise, die dem Landesverwaltungsamt oder den ehemaligen Ämtern für Versorgung und Soziales Halle/Magdeburg im Zusammenhang mit einem Antrag auf Gewährung einer Kapitalentschädigung oder auf Beschädigtenversorgung nach dem Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz bereits vorliegen, müssen nicht nochmals übersandt werden.

Beigefügt sind:

6.1	Anlagen	liegt bereits vor
	<input type="checkbox"/> Rehabilitierungsentscheidung / en (Anzahl)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Bescheinigung / en nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz (Anzahl)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Einkommensfragebogen	
	<input type="checkbox"/> Meldebescheinigung/en a) siehe Hinweis unter Ziffer 1.8 b) wenn Sie im Besitz einer Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 HHG sind und Ihren Wohnsitz in Sachsen-Anhalt haben	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

