

Antrag auf Gewährung einer besonderen monatlichen Zuwendung (Opferrente)

Landesamt für soziale Dienste
Schleswig-Holstein
Außenstelle Kiel

nach § 17a des Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes (StrRehaG)

Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein,
Außenstelle Kiel | Postfach 43 49 | 24042 Kiel

Ihr Zeichen:.
Ihr Nachricht vom:
Mein Zeichen:72 022 StrRehaG-§ 17 a
Unsere Nachricht vom:

Alexander Orff
Alexander.Orff@lasd-sh.de
Telefon: 0431 9827-2501
Telefax: 0431 9827-2570

Die nachstehend erbetenen Daten über die persönlichen und 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 – entscheidend ist hier der Antrageingang bei der Außenstelle Kiel- ausschlaggebend für den Leistungsbeginn ist, sollten Sie den Antrag unverzüglich an die Außenstelle Kiel des Landesamtes für soziale Dienste Schleswig- Holstein zurücksenden. Derzeit nicht vorhandene Unterlagen können Sie selbstverständlich nachreichen.

Bezüglich des beigefügten Einkommensfragebogen 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
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	*Bitte eine Meldebescheinigung oder eine Kopie des Personalausweises beifügen.	
1.8	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft ist aufgehoben		

1.9	<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.	
Telefon-Nr. (freiwillig)		
Vorwahl:		Rufnummer:

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 (Opferrente) 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)
4.3.	<input type="checkbox"/> weitere Einkünfte (Einkommensfragebogen erforderlich)(Nachweise beifügen) €(Nachweise beifügen) €
4.3	<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)	

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich nach § 17a Abs. 4 Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz verpflichtet bin, Änderungen des Einkommens unverzüglich mitzuteilen. Dies betrifft auch Änderungen des Familienstandes.</p> <p>Mir ist bekannt, dass das Landesamt für soziale Dienste Schleswig- Holstein den Leistungsbescheid zurücknehmen und die gewährten Leistungen zurückfordern kann, wenn ich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht habe.</p>				
	<table border="1"><tr><td data-bbox="253 878 1002 920">Ort, Datum</td><td data-bbox="1002 878 1484 920">Unterschrift</td></tr><tr><td data-bbox="253 920 1002 1034"></td><td data-bbox="1002 920 1484 1034"></td></tr></table>	Ort, Datum	Unterschrift		
Ort, Datum	Unterschrift				