

Geschäftszeichen	Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

Antrag

auf Gewährung einer monatlichen besonderen Zuwendung für Haftopfer nach § 17a Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (Opferpension)

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir auf Grund des Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes von Ihnen einige wichtige Angaben und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen zu überlassen. Ihre Mitwirkung, die in § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) geregelt ist, erleichtert uns eine zügige Entscheidung über Ihren Antrag. Da der Zeitpunkt der Antragstellung ausschlaggebend für den Leistungsbeginn ist, sollten Sie den ausgefüllten Antrag unverzüglich an die zuständige Stelle zurücksenden. Derzeit nicht vorhandene Unterlagen können Sie nachreichen.

Bezüglich des beigefügten Einkommensfragebogens beachten Sie bitte die Hinweise unter Ziffer 3.

1. Angaben zur Person

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

1.1	Name, ggf. Geburtsname oder frühere Namen	1.2	ggf. Namenszusatz
1.3	Vorname		
1.4	Geburtsdatum und Geburtsort	1.5	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
1.6	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (Bitte Kopie des Personalausweises beifügen!)		
	Straße, Hausnummer		
	PLZ, Ort		
1.7	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r ODER: <input type="checkbox"/> bestellte/r Betreuer/in * (* Bei Personen, für die ein Betreuer oder Pfleger bestellt ist.) Bitte Name, Vorname und Anschrift des Betreuers oder Bevollmächtigten angeben. (Ggf. bitte Bestallungsurkunde oder Betreuungsausweis oder Vollmacht in Kopie beifügen.) Name Straße, Hausnummer PLZ		
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 Heiratsurkunde bzw. der Lebenspartnerschaftsurkunde beifügen. ** Bitte auch Kopie des Personalausweises des Partners beifügen.		
1.9	tagsüber telefonisch zu erreichen unter (freiwillige Angabe für eventuelle Rückfragen)		
	Vorwahl:	Rufnummer:	

2. Angaben zu Haftzeiten / Rehabilitierungen / Anerkennungen als ehemaliger politischer Häftling

2.1	Rehabilitierungs-/Kassationsentscheidung* ergangen durch / beantragt bei		Haftzeit (TT.MM.JJJJ)		
	Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz* ergangen durch				
	Gericht / Behörde		von	bis	
	*Bitte Kopie des Rehabilitierungsbeschlusses bzw. der Bescheinigung beifügen.				
	Aktenzeichen	Datum	Gewahrsamsort		
Gewährung der Kapitalentschädigung erfolgte durch		Aktenzeichen			
Gericht / Behörde					

Weitere Haftzeiten (sofern darüber hinaus noch weitere Haftzeiten vorliegen, bitte gesondert aufführen)

2.2	Rehabilitierungs-/Kassationsentscheidung*ergangen durch / beantragt bei Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz*ergangen durch		Haftzeit (TT.MM.JJJJ)		
	Gericht / Behörde		von	bis	
	*Bitte Kopie des Rehabilitierungsbeschlusses bzw. der Bescheinigung beifügen.				
	Aktenzeichen	Datum	Gewahrsamsort		
	Gewährung der Kapitalentschädigung erfolgte durch		Aktenzeichen		
Gericht / Behörde					
2.3	Rehabilitierungs-/Kassationsentscheidung*ergangen durch / beantragt bei		Haftzeit (TT.MM.JJJJ)		
	Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz*ergangen durch				
	Gericht / Behörde		von	bis	
	*Bitte Kopie des Rehabilitierungsbeschlusses bzw. der Bescheinigung beifügen.				
	Aktenzeichen	Datum	Gewahrsamsort		
Gewährung der Kapitalentschädigung erfolgte durch		Aktenzeichen			
Gericht / Behörde					

3. Angaben zum Einkommen

Die nachstehend erbetenen Angaben über die wirtschaftlichen Verhältnisse sind erforderlich, um über Ihren Antrag entscheiden zu können (§ 67a SGB X). Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert (§ 67c SGB X). Bitte geben Sie **nur Ihr eigenes Einkommen** an.

Erklärung zum Einkommen (bitte Nachweise beifügen)	
3.1	<input type="checkbox"/> Ich bin Rentner/in und erhalte folgende monatliche Rente(n) oder vergleichbare Leistung(en): (z.B. Altersrente, Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Hinterbliebenenrente, Rente wegen Arbeits-unfalls oder Berufskrankheit oder vergleichbare Leistungen aus anderen Sicherungssystemen) _____ _____ _____ Darüber hinaus verfüge ich über <input type="checkbox"/> weitere Einkünfte ⇒ Bitte beigefügte Erklärung über die wirtschaftlichen Verhältnisse ausfüllen! <input type="checkbox"/> keine weiteren Einkünfte
3.2	<input type="checkbox"/> Ich bin <u>nicht</u> Rentner/in ⇒ Bitte beigefügte Erklärung über die wirtschaftlichen Verhältnisse ausfüllen!

4. Bankverbindung

Die mir zustehende monatliche besondere Zuwendung soll auf mein nachstehendes Konto überwiesen werden:

4.1	Name und Sitz des Geldinstituts		
4.2	Bankleitzahl:	4.3	Kontonummer:
4.4	BIC:	4.4	IBAN:

5. Beigefügte Unterlagen

5.1	Anlagen <input type="checkbox"/> Personalausweis(e) in Kopie: (Anzahl) siehe Ziffer 1.6 und 1.7 <input type="checkbox"/> Heiratsurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde in Kopie siehe Ziffer 1.7 <input type="checkbox"/> Bescheinigung(en) nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz in Kopie: (Anzahl) siehe Ziffer 2 <input type="checkbox"/> Rehabilitierungsentscheidung(en) in Kopie: (Anzahl) siehe Ziffer 2 <input type="checkbox"/> Rentenbescheid(e) in Kopie: (Anzahl) siehe Ziffer 3.1 <input type="checkbox"/> Erklärung über die wirtschaftlichen Verhältnisse siehe Ziffer 3.1 und 3.2 <input type="checkbox"/>
5.2	Die nachfolgend angeführten Unterlagen liegen mir derzeit nicht vor und werden umgehend nachgereicht: _____ _____ _____ _____

6. Erklärungen

6.1	<p>Ausschluss doppelter Leistungsgewährung</p> <p>Weitere Rehabilitierungs-/Kassationsentscheidungen oder Bescheinigungen nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz sind nicht ergangen bzw. erteilt und wurden auch nicht beantragt.</p> <p>Ich erhalte die hier beantragte monatliche besondere Zuwendung von keiner anderen Stelle/Behörde und habe diese auch bei keiner anderen Stelle/Behörde beantragt.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass dem Bundesverwaltungsamt – Außenstelle Friedland – die Entscheidung über die Gewährung einer monatlichen besonderen Zuwendung mitgeteilt wird.</p> <p>_____</p> <p>(Ort, Datum) _____ (Unterschrift)</p>
6.2	<p>Einverständniserklärung</p> <p>In bin damit einverstanden, dass von anderen Behörden/Stellen (insb. Rehabilitierungs- und Entschädigungsstellen, Häftlingshilfebehörden, Stiftung für ehemalige politische Häftlinge, Bundesbeauftragte für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik, Bundesamt für Justiz) weitere Auskünfte eingeholt werden, soweit diese für die Entscheidung über die Gewährung der monatlichen besonderen Zuwendung erforderlich sind. Das Einverständnis gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein eventuell anschließendes Widerspruchsverfahren.</p> <p><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN*</p> <p>*Soweit ich damit nicht einverstanden bin, habe ich die Einschränkungen nachstehend vermerkt.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">Einschränkungen:</div> <p><u>Hinweis:</u> Die besondere Zuwendung kann nicht bewilligt werden, wenn aufgrund einer eingeschränkten oder fehlenden Einverständniserklärung die Anspruchsvoraussetzungen nicht nachgewiesen werden können.</p> <p>_____</p> <p>(Ort, Datum) _____ (Unterschrift)</p>
6.3	<p>Ausschließungsgründe</p> <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 ehemaligen 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 dem ehemaligen Ministerium für Staatssicherheit als inoffizielle(r), offizielle(r) oder andere(r) Mitarbeiter(in) an.</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich keinen Anspruch auf die besondere Zuwendung für Haftopfer habe, wenn gegen mich eine Freiheitsstrafe von mindestens drei Jahren wegen einer vorsätzlichen Straftat rechtskräftig verhängt worden ist und die Entscheidung in einer Auskunft aus dem Zentralregister enthalten ist.</p> <p>_____</p> <p>(Ort, Datum) _____ (Unterschrift)</p>

Ich versichere, dass alle vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Mir ist bekannt, dass ich nach § 17a Abs. 4 Satz 2 StrRehaG verpflichtet bin, der Bewilligungsbehörde Änderungen des Einkommens, des Familienstandes und der Anschrift unverzüglich mitzuteilen. Ebenso bin ich zur unverzüglichen Mitteilung verpflichtet, wenn gegen mich eine Freiheitsstrafe von mindestens drei Jahren wegen einer vorsätzlichen Straftat rechtskräftig verhängt worden ist.

Hinweis: Der Bescheid über die Bewilligung der besonderen Zuwendung kann zurückgenommen und die gewährten Leistungen zurückgefordert werden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht haben. Eine Berufung auf Vertrauensschutz ist in diesem Fall nicht möglich.

Ort, Datum

Unterschrift

Information des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg zum Datenschutz

Sie werden im Folgenden entsprechend den gesetzlichen Vorschriften gemäß Art. 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) informiert:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist das

Landesamt für Soziales und Versorgung
des Landes Brandenburg,
Lipezker Str. 45, Haus 5
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-0

Telefax: 0331 27548-4548

E-Mail: post@lasv.brandenburg.de

Internet: www.lasv.brandenburg.de

Das Landesamt wird vertreten durch die Präsidentin Frau Liane Klocek.

Mit der **Datenschutzbeauftragten** des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (LASV) können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

Landesamt für Soziales und Versorgung
Gabriele Jaron
Lipezker Str. 5, Haus 5
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-133

E-Mail: datenschutzbeauftragter@lasv.brandenburg.de

Ihre personenbezogenen Daten sind für folgenden **Zweck** erforderlich: **Bearbeitung von Versorgungsangelegenheiten nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und den Gesetzen, die das BVG für anwendbar erklären sowie dem Unterstützungsabschlussgesetz (Un-AbschlG) und dem Anti-D-Hilfegesetz (AntiDHG).**

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 Buchstaben a und e sowie Art. 9 Abs. 2 Buchstaben a und b der EU-DSGVO, § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und § 5 Abs. 1 des Brandenburgischen Datenschutzgesetzes (BbgDSG), §§ 67 ff. SGB X.

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, können wir Ihren Antrag aber möglicherweise nicht richtig bearbeiten.

Wir geben Ihre personenbezogenen Daten an Dritte weiter, wenn Sie hierzu eingewilligt haben oder eine gesetzliche Vorschrift eine **Datenübermittlung** ausdrücklich vorsieht.

Ihre Daten verarbeiten wir nur solange sie für den vorgenannten Zweck einschließlich etwaiger Rechtsbehelfsverfahren und kostenrechtlicher Abwicklung, zur Wahrnehmung der Dienst- und Fachaufsicht sowie zur Bearbeitung von Eingaben, Auskunftersuchen und Beschwerden, **erforderlich sind** und darüber hinaus gemäß den gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungsfristen.

Nach der EU-DSGVO haben Sie **folgende Rechte**:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zur Übertragbarkeit **bereitzustellen**.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundenene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.
- Sie können der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns und der Übermittlung an Dritte jederzeit **widersprechen**.

Bei **Fragen oder Beschwerden** können Sie sich auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg

Dagmar Hartge
Stahnsdorfer Damm 77
14532 Kleinmachnow

Telefon: 033203 356-0

Telefax: 033203 356-49

E-Mail: poststelle@lda.brandenburg.de

Internet: www.lda.brandenburg.de