

Justizministerium
 Mecklenburg-Vorpommern
 Rehabilitation und Wiedergutmachung
 Puschkinstraße 19-21

19055 Schwerin

<p>Grundantrag - Hinterbliebene</p> <p>nach dem Strafrechtlichen, Verwaltungsrechtlichen und Beruflichen Rehabilitierungsgesetz (z. Bsp. für Erben)</p>	Eingangsstempel
	Geschäftszeichen

Die im Antrag erhobenen Angaben sind für das Antragsverfahren nach dem Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG), dem Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) oder nach dem Beruflichen Rehabilitierungsgesetz (BerRehaG) erforderlich.

Weitere Informationen, Merkblätter, Hinweise usw. zur Rehabilitation und zu den Folgeansprüchen finden Sie im Internet unter www.bmj.de, wenn Sie dort den Suchbegriff „Rehabilitation“ eingeben.

1. Angaben zur Person der Antragstellerin /des Antragstellers	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
.....
Geburtsname und evt. weitere frühere Namen:	
.....	
Geburtsort, Kreis, Land:	Telefonnummer:
.....
Jetziger Wohnort oder ständiger Aufenthalt: (Straße, Wohnort, Postleitzahl, Land)	
.....	

Ich beantrage

- nach dem Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz
- eine Kapitalentschädigung für eine zu Unrecht erlittene Freiheitsentziehung.
- die Erstattung von gezahlten Geldstrafen, Kosten und notwendigen Auslagen aus dem früheren Strafverfahren (Gerichtskosten, Rechtsanwaltsgebühren, Auslagen des Gerichts).
- nach dem Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz die Aufhebung einer hoheitlichen Maßnahme oder die Feststellung ihrer Rechtsstaatswidrigkeit.
- nach dem Beruflichen Rehabilitierungsgesetz die Erteilung einer Rehabilitierungsbescheinigung zur Vorlage bei der Rentenversicherung.

Nr. 2 bis Nr. 5 nicht ausfüllen bei Anträgen auf berufliche Rehabilitierung und auf Erstattung von Geldstrafen, Kosten und Auslagen**2. Angaben zu Funktionen im Staatsapparat, in Parteien oder Massenorganisationen im Beitrittsgebiet in der Zeit vom 08.05.1945 bis zum 02.10.1990:**

- Nein, ich habe keine derartigen Funktionen ausgeübt.
- Ja.

Zeitraum:	Staatliche Stelle/ Partei Massenorganisation:	Funktion
von bis
von bis
von bis

3. Angaben zu Funktionen in staatlichen oder politischen Organisationen während der Zeit des Nationalsozialismus:

- Nein, ich habe keine derartigen Funktionen ausgeübt.
- Ja.

Zeitraum:	Partei/ Organisation:	Funktion:
von bis
von bis
von bis

4. Waren Sie zu mehr als insgesamt 3 Jahren Haft wegen eines Deliktes, das nicht der Rehabilitierung unterliegt, rechtskräftig verurteilt?

- Nein.
- Ja, mit Urteil des Gerichts:
- vom: Az.:

5. Haben Sie als hauptamtlicher oder inoffizieller Mitarbeiter oder auf vergleichbare Weise mit dem Ministerium für Staatssicherheit der DDR oder dem Arbeitsgebiet I der Kriminalpolizei der Volkspolizei zusammengearbeitet?

- Nein.
- Ja.
(ausführliche Angaben über Art und Zeitraum der Mitarbeit sind auf einem gesonderten Blatt zu vermerken)

6. Angaben zur Person der/des Betroffenen, gegen den sich

- die rechtsstaatswidrige Verfolgungsmaßnahme, die Gegenstand der Rehabilitierungs- bzw. Kassationsentscheidung ist,
- die Maßnahme nach dem VwRehaG
- der berufliche Eingriff nach dem BerRehaG

richtete.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

.....

Geburtsname und evt. weitere frühere Namen:

.....

Name zur Zeit der Schädigung:

Geburtsort, Kreis, Land:

.....

Die/der Betroffene ist verstorben am:

.....

Letzte Anschrift:
(Straße, Postleitzahl, Wohnort)

7. Hatte die/der Betroffene in der Zeit vom 08.05.1945 bis zum 02.10.1990 seinen Wohnsitz ununterbrochen im Beitrittsgebiet? (Gebiet der ehemaligen DDR bzw. sowjetischen Besatzungszone)

- Ja, der Wohnsitz war ununterbrochen im Beitrittsgebiet.
- Nein, der Wohnsitz war in diesem Zeitraum nur zeitweise im Beitrittsgebiet.
 von bis in
 von bis in
- Nein, der/die Verfolgte ist erst am in das Beitrittsgebiet umgezogen/ zurückgekehrt.

8. Arbeitsstellen im Beitrittsgebiet oder der sowjetischen Besatzungszone. (ab dem 19. Lebensjahr; bei Anträgen auf Erstattung von Geldstrafen, Kosten und Auslagen eines früheren Strafverfahrens weiter zu Nr. 13)

Nur ausfüllen, wenn keine vollständigen Kopien der Seiten über Arbeitsrechtsverhältnisse aus dem Ausweis für Arbeit und Sozialversicherung der früheren DDR vorgelegt werden können.

Zeitraum:	Arbeitgeber:	Tätigkeit:
von bis
von bis
von bis

9. Angaben zu Funktionen im Staatsapparat, in Parteien oder Massenorganisationen im Beitrittsgebiet in der Zeit vom 08.05.1945 bis zum 02.10.1990:

- Nein, die/der Betroffene hat keine derartigen Funktionen ausgeübt.
- Ja.

Zeitraum:	Staatliche Stelle/ Partei Massenorganisation:	Funktion
von bis
von bis

10. War die/der Betroffene zu mehr als insgesamt 3 Jahren Haft wegen eines Deliktes, das nicht der Rehabilitierung unterliegt, rechtskräftig verurteilt?

- Nein.
- Ja, mit Urteil des Gerichts:
 vom: Az.:

11. Angaben zu Funktionen in staatlichen oder politischen Organisationen während der Zeit des Nationalsozialismus:

Nein, die/der Betroffene hat keine derartigen Funktionen ausgeübt.

Ja.

Zeitraum:

Partei/ Organisation:

Funktion:

von bis

.....

.....

von bis

.....

.....

12. Hat die/der Betroffene als hauptamtlicher oder inoffizieller Mitarbeiter oder auf vergleichbare Weise mit dem Ministerium für Staatssicherheit der DDR oder dem Arbeitsgebiet I der Kriminalpolizei der Volkspolizei zusammengearbeitet?

Nein.

Ja.

(ausführliche Angaben über Art und Zeitraum der Mitarbeit sind auf einem gesonderten Blatt zu vermerken)

13. Legen Sie bitte für die im Antrag gemachten Angaben schriftliche Beweismittel vor. Sollten Sie keine schriftlichen Beweismittel haben, nennen Sie bitte Namen und Anschriften von Zeugen bzw. fügen Sie deren schriftliche Erklärungen bei, welche Ihre Angaben bestätigen.

Name, Vorname:

Anschrift:

.....

.....

Ich versichere, dass ich die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen, gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Ich erkläre, dass ich nicht gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder Rechtsstaatlichkeit verstoßen, dem politischen System der ehemaligen DDR keinen erheblichen Vorschub geleistet und meine Stellung nicht in schwerwiegendem Maße zum eigenen Vorteil oder zum Nachteil anderer missbraucht habe.

In bin damit einverstanden, dass das Justizministerium Mecklenburg-Vorpommern von den Rehabilitierungs- und Entschädigungsstellen, den HHG-Behörden, der Stiftung für ehemalige politische Häftlinge, dem 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 Gewährung der besonderen monatlichen Zuwendung erforderlich sind. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass meine Daten an eine zentrale Erfassungsstelle weitergeleitet werden.

Gemäß § 60 Abs.1 Nr.1 SGB I sind alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen der zuständigen Behörde der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zu zustimmen. Kommt Derjenige der Leistungen beantragt, seinen gesetzlich vorgeschriebenen Mitwir-

kungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger nach § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Die von Ihnen erbetenen Angaben (Daten) werden für die Bearbeitung Ihres Antrages benötigt. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung, -verarbeitung, -nutzung und Datenspeicherung sind die §§ 66 ff. SGB X, 7 ff. DSGVO. Der Schutz Ihrer Sozialdaten ist gewährleistet.

Mir ist bekannt, dass das Justizministerium Mecklenburg-Vorpommern den Leistungsbescheid zurücknehmen und die gewährten Leistungen zurückfordern kann, wenn ich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht habe. Eine Berufung auf Vertrauensschutz ist in diesem Fall nicht möglich.

Ort, Datum :

Unterschrift:

Einverständniserklärung

Name:.....Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Ich bin damit einverstanden, dass das Justizministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern Auskünfte über Personal-, Kranken- und Sozialleistungsunterlagen sowie über Arbeitsrechts- und Sozialversicherungsverhältnisse, Verwaltungsentscheidungen und sonstige Anliegen unter Entbindung der Schweigepflicht i.S. des Bundesdatenschutzgesetzes bei allen Stellen - auch Ärzten, Psychologen, Therapeuten, Gutachtern, Rechtsanwälten, Pastoren u. a. - einholt, die sachdienliche Hinweise zu meinem Antrag im Verwaltungsverfahren geben können.

Soweit nicht schon die gesetzliche Ermächtigung besteht, bin ich damit einverstanden, dass im Verwaltungsverfahren bei dem Justizministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern die zur Beurteilung und Entscheidung notwendigen Akten/ Unterlagen auch unter Entbindung der Schweigepflicht angefordert und beigezogen werden können.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Vor- und Nachname)