

Ministerium für Justiz, Gleichstellung  
und Verbraucherschutz  
Mecklenburg-Vorpommern  
Rehabilitierungsbehörde  
Puschkinstraße 19-21

19055 Schwerin

<p><b>Anlage StrRehaG</b> <b>(Kapitalentschädigung/Nachzahlung)</b></p> <p>Angaben zum Antrag auf Kapitalentschädigung bzw. Nachzahlung nach dem Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG)</p>	Eingangsstempel
	Geschäftszeichen

### 1. Angaben zur Person der Antragstellerin / des Antragstellers

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort, Kreis, Land: .....

Derzeitiger Wohnort oder ständiger Aufenthalt:

.....

Tel.-Nr.: .....

### 2. Ich beantrage:

- nach dem Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz
- eine Kapitalentschädigung aufgrund rechtsstaatswidriger Freiheitsentziehung, rechtsstaatswidrigen Gewahrsam bzw. Heimerziehung
- eine Nachzahlung der Kapitalentschädigung aufgrund rechtsstaatswidriger Freiheitsentziehung, rechtsstaatswidrigen Gewahrsam bzw. Heimerziehung
- Geschäftszeichen: .....  
(des damaligen Kapitalentschädigungsverfahrens)
- als Betroffene/er
- als Erbin/e der bzw. des verstorbenen Betroffenen  
(bitte Nachweise beifügen)
- aus übertragenem Recht  
(bitte Nachweise der Übertragung beifügen)

### 3. Angaben zur Person der/des verstorbenen Betroffenen

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsname: .....

Geburtsort, Kreis, Land: .....

Sterbedatum: .....  
(Kopie der Sterbeurkunde beifügen):

Ort, Kreis, Land: .....

### 4. Rehabilitierungs-/Kassationsentscheidung erging durch (Gericht/Reha-Behörde)

.....

vom ..... Az: .....  
(Bitte eine Kopie der Rehabilitierungs-/Kassationsentscheidung beifügen)

### 5. Geben Sie bitte die tatsächlichen Zeiten der rechtsstaatswidrigen Freiheitsentziehung, des rechtsstaatswidrigen Gewahrsams bzw. der Heimerziehung an:

Tatsächliche Zeit des Gewahrsams, der verbüßten Freiheitsentziehung bzw. der Heimerziehung:		Ort
von .....	bis .....	.....
von .....	bis .....	.....
von .....	bis .....	.....
von .....	bis .....	.....

(Soweit vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsscheins beifügen)

### 6. Wurde von Ihnen bzw. der/dem Betroffenen vor dem 04. November 1992 ein Antrag auf Anerkennung als ehemaliger politischer Häftling und/oder Gewährung von Eingliederungshilfen nach dem Häftlingshilfegesetz (HHG) gestellt?

ja       nein

Antrag vom: .....

bei: .....

Az.: .....

**7. Haben Sie bzw. der/die Betroffene bereits eine Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz (Anerkennung als ehemaliger politischer Häftling) für die mit der Rehabilitierungs- bzw. Kassationsentscheidung als rechtsstaatswidrig anerkannte Freiheitsentziehung erhalten?**

ja  nein

ausstellende Behörde: .....

Az.: .....

(Bitte Kopie der Bescheinigung beifügen).

**8. Folgende Leistungen sind im Zusammenhang mit dem Strafverfahren, das seinerzeit Gegenstand der Rehabilitierungs-, HHG- bzw. Kassationsentscheidung war, bereits beantragt oder gezahlt worden:**

a) Eingliederungshilfen nach dem Häftlingshilfegesetz (HHG)

Nein.

Ja, durch Behörde/Ort: .....

in Höhe von: .....

b) Leistungen auf Grund der Richtlinien des Bundesministers für Vertriebene, Flüchtlinge und Kriegsgeschädigte für die Gewährung von Beihilfen an ehemalige politische Häftlinge aus der sowjetischen Besatzungszone oder ihr gleichgestellten Gebieten vom 09.11.1955:

Nein.

Ja, durch Behörde/Ort: .....

in Höhe von: .....

c) Entschädigungen nach dem Kriegsgefangenenentschädigungsgesetz (KgfEG), sofern der Verfolgte nachträglich unter der Aufhebung der Anerkennung als ehemaliger Kriegsgefangener als ehemaliger politischer Häftling anerkannt wurde:

Nein.

Ja, durch Behörde/Ort: .....

in Höhe von: .....

d) Entschädigungen im Anschluss an ein erfolgreiches Kassationsverfahren:

Nein.

Ja, durch Behörde/Ort: .....

in Höhe von: .....

(Bitte jeweils Kopie der Bescheide beifügen)

**9. Ein Antrag auf Kapitalentschädigung wegen der in Nr. 5 genannten Freiheitsentziehung, Gewahrsams bzw. Heimerziehung wurde:**

bei keiner anderen Behörde gestellt.

außerdem bei folgender Behörde gestellt:

Name der Behörde: .....

Antragsdatum: ..... Az.: .....

Eine Kapitalentschädigung wurde:

nicht bewilligt.

bewilligt in Höhe von: .....

(Bitte Kopie des Bescheides beifügen)

**10. Im Falle einer Beantragung als Erbin/e:**

Außer meiner Person gibt es, soweit mir bekannt ist:

keine weiteren Erbberechtigten.

weitere Erbberechtigte.

Die Anschriften der weiteren Erbberechtigten lauten:

Name, Vorname der/des Erbberechtigten:

.....

Anschrift (Straße, PLZ; Wohnort):

.....

Name, Vorname der/des Erbberechtigten:

.....

Anschrift (Straße, PLZ; Wohnort):

.....

Name, Vorname der/des Erbberechtigten:

.....

Anschrift (Straße, PLZ; Wohnort):

.....

.....

**Ich bitte darum, die Leistungen auf das Konto**

Konto-Nr.: .....

Bankleitzahl: .....

**IBAN:** .....

**BIC:** .....

Kontoinhaber:.....

bei der: .....

Anschrift: .....

.....

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift Antragsteller/in**

zu überweisen.