

Justizministerium  
 Mecklenburg-Vorpommern  
 Rehabilitation und Wiedergutmachung  
 Puschkinstraße 19-21

19055 Schwerin

<b>Anlage BerRehaG – Hinterbliebene</b>  <b>Angaben zum Antrag auf Rehabilitation nach dem          Beruflichen Rehabilitationsgesetz (BerRehaG)</b>	Eingangsstempel
	Geschäftszeichen

#### Vorbemerkung:

**I. Vom Beruflichen Rehabilitationsgesetz werden arbeitsrechtliche Eingriffe** in den Beruf oder eine berufsbezogene Ausbildung (z.B. Kündigung, Herabstufung, erzwungener Aufhebungsvertrag) erfasst, wenn es sich um Maßnahmen politischer Verfolgung handelt. Eine berufliche Rehabilitation eines/einer Verstorbenen kommt nur dann in Betracht, wenn der/die antragstellende Hinterbliebene ein rechtliches Interesse an der Antragstellung hat.

**II. Bei hoheitlichen Eingriffen** in den Beruf oder die Ausbildung (z.B. Entlassung bei den bewaffneten Organen, Schulverweis, Exmatrikulation vom Studium) **muss zunächst das verwaltungsrechtliche Rehabilitierungsverfahren** durchlaufen werden. Liegt die berufliche Benachteiligung in einer zu Unrecht erlittenen Freiheitsentziehung, muss vor der beruflichen Rehabilitation ein strafrechtliches Rehabilitierungsverfahren durchgeführt worden sein. Eine Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 des Häftlingshilfegesetzes (HHG) reicht aus, wenn diese sich auf einen Gewahrsam im Beitrittsgebiet bezieht und vor dem Inkrafttreten des Strafrechtlichen Rehabilitationsgesetzes (4.11.1992) beantragt worden ist oder wenn der Gewahrsam nicht Gegenstand eines Rehabilitierungsverfahrens sein kann (Internierung oder Verurteilung durch sowjetische Organe).

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

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort, Kreis, Land: .....

Geburtsname: .....

Derzeitiger Wohnort oder ständiger Aufenthalt:

.....

Tel.-Nr.: .....

## 2. Angaben zur Person **der/des verstorbenen Betroffenen**

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsname: .....

Geburtsort, Kreis, Land: .....

Sterbedatum: .....

(Kopie der Sterbeurkunde beifügen)

Ort, Kreis, Land: .....

3. Schildern Sie bitte, in welchem verwandtschaftlichen Verhältnis Sie als Hinterbliebene(r) zu der/dem Betroffenen stehen und welcher Art Ihr rechtliches Interesse an der beruflichen Rehabilitation der/des Betroffenen ist. Hinterbliebene im Sinne des BerRehaG sind der Ehegatte der/des Betroffenen, deren/dessen Kinder, auch Kinder nichtehelicher Abstammung sowie Stief- und Pflegekinder.

.....

.....  
(Ein rechtliches Interesse haben Hinterbliebene an der Antragstellung, wenn eine erstmalige oder eine höhere Hinterbliebenenversorgung in Frage kommt.)

## 4. Angaben zur Schul-/ Berufsausbildung der/des Betroffenen:

a) Allgemeine Schulbildung (z.B. POS):

Schultyp:	in:	von:	bis:
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Abschluss/letzte besuchte Klasse: .....

b) weiterführende Bildungseinrichtung, z.B. EOS/Berufsausbildung mit Abitur:

Bildungseinrichtung:	in:	von:	bis:
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Abschluss/letzte besuchte Klasse: .....

c) Hochschulreife:  Ja  Nein

**noch zu Frage 4**

d) Ingenieur-, andere Fachschule (auch Fernstudium):

Bildungseinrichtung: in: von: bis

.....

.....

Studienrichtung:.....

- Abschluss: .....
- kein Abschluss, letzte besuchte Klasse: .....

e) Universität/Hochschule (auch Fernstudium):

Hochschule: in: von: bis:

.....

.....

Studienrichtung: .....

- Abschluss: .....
- kein Abschluss

f) Berufsausbildung:

Ausbildungsstätte: in: von: bis:

.....

.....

zum/zur: .....

- Abschluss:
- kein Abschluss.

5. Arbeitsstellen der/des Betroffenen im Beitrittsgebiet (SBZ/DDR): Bitte die Seiten über Arbeitsrechts- und Sozialversicherungsverhältnisse aus dem Ausweis für Arbeit und Sozialversicherung der früheren DDR vollständig (einschließlich der Angaben zur Person) beifügen. Falls dies nicht möglich ist, sind folgende Angaben erforderlich:

Zeitraum:	Arbeitsstelle:	Tätigkeit:
von ..... bis .....	bei .....	als .....
von ..... bis .....	bei .....	als .....
von ..... bis .....	bei .....	als .....

6. Beruf und Arbeitsstelle/Wirtschaftsbereich der/des Betroffenen zum Zeitpunkt des Eingriffs:

.....  
danach:

.....

7. Worin bestand der Eingriff in den Beruf oder das berufsbezogene Ausbildungsverhältnis, dem die/der Betroffene in der Zeit vom 08. Mai 1945 bis zum 02. Oktober 1990 im Beitrittsgebiet aus politischen Gründen ausgesetzt war?

.....

.....

.....

(Vorhandene Beweismittel bitte beifügen)

8. Ist die berufliche Benachteiligung der/des Betroffenen auf

- eine im Beitrittsgebiet zu Unrecht erlittene Freiheitsentziehung, deren Rechtsstaatswidrigkeit durch
- eine Rehabilitierungs-/Kassationsentscheidung und/oder
- eine Anerkennung als ehemaliger politischer Häftling/  
Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 Häftlingshilfegesetz (HHG)  
festgestellt worden ist, und/oder
- eine hoheitliche Maßnahme, die nach dem Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz aufgehoben oder als rechtsstaatswidrig festgestellt worden ist, und/oder
- auf eine andere Maßnahme, die der politischen Verfolgung gedient hat  
(Art der Maßnahme angeben, evt. auf einem Extrablatt)

zurückzuführen?

(Bitte Kopie der Rehabilitierungs-/Kassationsentscheidung, der Bescheinigung nach § 10 Abs. 4 HHG oder des Bescheides über die verwaltungsrechtliche Rehabilitierung beifügen.)

9. Was waren die Gründe für die berufliche Benachteiligung der/des Betroffenen?

.....

.....

.....

.....

10. Warum hat es sich bei dieser Maßnahme Ihrer Ansicht nach um politische Verfolgung gehandelt?

.....  
 .....

11. Wie hat sich die Benachteiligung für die/den Betroffene(n) ausgewirkt?  
 (z.B. Arbeitslosigkeit, Minderverdienst, sonstige Nachteile)

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 (Bitte - soweit möglich - entsprechende Beweismittel beifügen).

12. Wie lange dauerte die erhebliche berufliche Benachteiligung der/des Betroffenen an?

Art des Nachteils:	von:	bis:
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

13. Versicherungsnummer der Rentenversicherung

a) der/des Betroffenen: .....

b) Ihre Rentenversicherungsnummer: .....

14. Hat die/der Betroffene während der Zeit der Verfolgung einem Zusatz- oder Sonderversorgungssystem angehört?

Ja                       Nein

Nennen Sie das entsprechende Zusatz- oder Sonderversorgungssystem:

.....

15. Ist die/der Betroffene wegen der Verfolgung aus einem Zusatz- oder Sonderversorgungssystem ausgeschieden:

Ja                       Nein

16. War die/der Betroffene zu Beginn der Verfolgung bergbaulich versichert?

Ja  Nein

in Einrichtungen des Gesundheits- oder Sozialwesens beschäftigt?

Ja  Nein

bei der Deutschen Post beschäftigt?

Ja  Nein

bei der Deutschen Reichsbahn beschäftigt?

Ja  Nein

in Einrichtungen nach der Anordnung über die Berechnung von Renten der Sozialversicherung für bestimmte Gruppen von Werkträgern vom 12. April 1976 beschäftigt?

Ja  Nein

17. Wurde die Berufsausbildung der/des Verfolgten durch eine Verfolgungsmaßnahme abgebrochen oder unterbrochen?

Ja  Nein

Um welche Ausbildung handelte es sich?

.....

Genauere Bezeichnung des Berufsziels:

.....

Nennen Sie den genauen Zeitraum der Unterbrechung:

.....

18. War die/der Betroffene aufgrund einer Verfolgungsmaßnahme gehindert, ihren/seinen erlernten Beruf auszuüben?

Ja.  Nein.

Wenn ja, wo wollte die/der Verfolgte tätig werden?  
(Bitte Bewerbungsschreiben oder ähnliches beifügen.)

.....

19. Wurde die/der Betroffene durch eine Verfolgungsmaßnahme **nach erfolgter Zulassung** an der Durchführung/ Fortsetzung oder am Abschluss eines Studiums gehindert?

Ja.  Nein.

Genauere Bezeichnung des Studiums, Datum der Zulassung:

.....

Wie lange dauerte das Studium laut Studienplan?

.....

Genauere Bezeichnung des Berufsziels

.....

Im Falle der Unterbrechung: Nennen Sie den genauen Zeitraum der Unterbrechung

.....

20. Haben Sie oder die/der Betroffene wegen der beruflichen Benachteiligung, die Gegenstand dieses Antrags ist, bereits früher einen Antrag gestellt?

(Gegebenenfalls Antragsdurchschriften, Bescheid(e), Beleg(e) beifügen).

Ja, ein Verfahren zur Behebung des Nachteils ist bereits beantragt.

Antrag vom ..... bei .....  
(Bitte Behörde angeben)

ein Anspruch wurde abgelehnt

durch Entscheidung des/der .....

vom: .....

Nein, es wurde bisher kein Verfahren eingeleitet.

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....

## Einverständniserklärung

Name, Geburtsname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort: .....

Land: .....

Ich bin unter Entbindung von der Schweigepflicht damit einverstanden, dass das Justizministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern Auskünfte über Personal-, Kranken- und Sozialleistungsunterlagen sowie über Arbeitsrechts- und Sozialversicherungsverhältnisse, Verwaltungsentscheidungen und sonstige Anliegen zu

- meiner verstorbenen Ehefrau
- meinem verstorbenen Ehemann
- meiner verstorbenen Mutter
- meinem verstorbenen Vater

Name, Geburtsname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

Sterbedatum: ..... Ort: .....

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 angefordert werden können und entbinde auch in soweit von der Schweigepflicht.

Ort, Datum: .....

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