Ministerium für Justiz, Gleichstellung

und Verbraucherschutz

Mecklenburg-Vorpommern

Puschkinstraße 19 – 21

19055 Schwerin

|  |  |
| --- | --- |
| **Anlage VwRehaG - Hinterbliebene****Angaben zum Antrag auf Rehabilitierung nach dem** **Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)** | Eingangsstempel |
| Geschäftszeichen |

Nach dem Tod des unmittelbar von einer hoheitlichen Maßnahme im Sinne des Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes (VwRehaG) Betroffenen kann der Rehabilitierungsantrag von demjenigen gestellt werden, der ein rechtliches Interesse an der Rehabilitierung der/des unmittelbar Betroffenen hat. Ein solches Interesse ist nur dann gegeben, wenn für Hinterbliebene, Erben und sonstige Personen Folgeansprüche nach dem VwRehaG (Hinterbliebenenversorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz; Ausgleich von Nachteilen in der Rentenversicherung nach dem BerRehaG; Rückübertragung, Rückgabe oder Entschädigung von entzogenen Vermögenswerten nach dem Vermögensgesetz) in Betracht kommen.

1. Angaben zur Person des **Antragstellers / der Antragsteller**

Name, Vorname: .............................................................................................................................

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

Geburtsort, Kreis, Land: ..................................................................................................................

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. Ich stelle den Antrag auf verwaltungsrechtliche Rehabilitierung

 [ ]  als Erbe/Erbin, weil ich Ansprüche auf Rückübertragung/Rückgabe oder auf

 Entschädigung von entzogenen Vermögenswerten nach dem Vermögens- gesetz geltend machen möchte.

 [ ]  als Hinterbliebene(r) - Witwe/Witwer, Kind, Mutter/Vater -, weil ich Hinter-

 bliebenenversorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz geltend machen möchte.

 Voraussetzung hierfür ist, dass der Betroffene infolge der rechtsstaatswidrigen

 Maßnahme eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat und an den Folgen dieser Schädigung verstorben ist. Es kommt Hinterbliebenenversorgung

 auch dann in Betracht, wenn sich die Schädigungsfolgen nachteilig auf die

 wirtschaftliche Absicherung der Hinterbliebenen ausgewirkt haben.

 [ ]  als Hinterbliebene(r) - Witwe/Witwer und Kinder-, weil für mich eine höhere

 Witwen- oder Waisenrente nach dem BerRehaG für eine infolge der hoheit-

 lichen Maßnahme erlittene berufliche Benachteiligung des Betroffenen in

 Betracht kommt. Bitte zusätzlich auch Antragsformular BerRehaG - Hinter-

 bliebene ausfüllen!

4. Außer meiner Person gibt es, soweit mir bekannt ist:

 [ ]  keine weiteren Erbberechtigten. (weiter in Nr. 5)

 [ ]  weitere Erbberechtigte.

 Die Anschriften der weiteren Erbberechtigten lauten:

 Name, Vorname des Erbberechtigten:

 ……………………………………………………………….

 Anschrift (Straße, Postleitzahl, Wohnort):

 ……………………..……………………………………………………………….

 ….…………………………………………….…………………………………….

 Name, Vorname des Erbberechtigten:

 ……………………………………………………………….

 Anschrift (Straße, Postleitzahl, Wohnort):

 ……………..……………………………………………………………………….

 ………………..…………………………………………………………………….

 (Erbscheine sind im Original oder als Kopie beizufügen.)

5. Verwandtschaftsverhältnis der/des Betroffenen zum Antragsteller:

 Der/Die Verstorbene war mein(e)

 [ ]  Ehefrau/ Ehemann.

 [ ]  Tochter/ Sohn.

 [ ]  Mutter/ Vater.

6. Die/der Betroffene ist durch einen unrechtmäßigen Eingriff von Staatsorganen, Parteien

 oder gesellschaftlichen Organisationen im Beitrittsgebiet (Gebiet der ehemaligen DDR

 bzw. sowjetischen Besatzungszone) in der Zeit vom 08. Mai 1945 bis zum 02. Oktober

 1990 in

 [ ]  Gesundheit/Leben

 [ ]  Vermögen

 [ ]  Beruf

 erheblich beeinträchtigt worden.

7. Welches Staatsorgan, welche Partei oder gesellschaftliche Organisation hat die

 Maßnahme seinerzeit veranlasst/angeordnet?

 ..................................................................................................................................

 ..................................................................................................................................

8. In welcher Form erging diese Maßnahme?

 ..................................................................................................................................

 ..................................................................................................................................

 ..................................................................................................................................

 ..................................................................................................................................

 (Bitte, soweit möglich, Bescheide, Schreiben etc. in Kopie beifügen).

9. War die/der Betroffene von einer Zwangsaussiedlungsmaßnahme betroffen?

 [ ]  Ja, er/sie wurde aufgrund der Verordnung vom:

 [ ]  26.05.1952

 [ ]  24.08.1961

 zwangsausgesiedelt.

 [ ]  Nein. (weiter mit Nr. 16)

10. Wenn ja, von welchem Ort wurde die/der Betroffene wohin zwangsweise umgesiedelt?

 von .................................................. nach ....................................................

 (Bitte soweit vorhanden, Nachweise über die Zwangsaussiedlung beifügen).

11. Wann erfolgte die Umsiedlung?

 Jahr: .............................................

12. Konnte die/der Betroffene später wieder an seinen Heimatort zurückkehren?

 [ ]  Ja, im Jahr .....................................

 [ ]  Nein.

13. War mit der Verfolgungsmaßnahme eine Enteignung verbunden?

 [ ]  Nein.

 [ ]  Ja.

 Es handelt sich um ein

 [ ]  Privatgrundstück [ ]  Gewerbliches Grundstück

 bebaut mit Art:

 [ ]  Ein-/Zweifamilienhaus [ ]  landwirtschaftlicher Betrieb

 [ ]  Mehrfamilienhaus [ ]  land-/forstwirtschaftl. Nutzfläche

 [ ]  unbebaut [ ]  Unternehmen

 (z.B. Hotel, Gaststätte, Handwerks-

 betrieb)

 Unternehmensbezeichnung und

 Anschrift:

 Lage:

 ................................................... ....................................................

 PLZ, Ort Gemarkung

 ................................................... .....................................................

 Straße, Hausnummer Grundbucheintragung

 (Bitte eine Kopie des Grundbuchauszuges beifügen)

 [ ]  **Sonstige Vermögenswerte**

 (für bewegliches Vermögen bitte Anlage beifügen)

14. Wurde die enteignete Immobilie bereits zurückgegeben?

 [ ]  Ja, wann: ..................................................

 [ ]  Nein.

15. Schildern Sie bitte, welche Nachteile die/der Betroffene durch die Zwangsaussiedlung

 erlitten hat und wie sich diese Nachteile für die/den Betroffene/n) ausgewirkt haben:

 ...................................................................................................................................

 ...................................................................................................................................

16. Wenn die/der Betroffene nicht zu den Zwangsausgesiedelten gehört, worin bestand

 der staatliche Eingriff in ihrem/seinem Fall?

 ...................................................................................................................................

 ...................................................................................................................................

17. Wann und wo hat der Eingriff stattgefunden?

 ...................................................................................................................................

 ...................................................................................................................................

18. Was war der Anlass für den Eingriff/die Maßnahme? Aus welchen Gründen erfolgte

 der staatliche Eingriff/die Maßnahme?

 ..................................................................................................................................

 ..................................................................................................................................

19. Warum war die oben geschilderte staatliche Maßnahme Ihrer Ansicht nach

 unrechtmäßig? Worin besteht aus Ihrer Sicht der grobe Verstoß gegen

 rechtsstaatliche Grundsätze?

 ..................................................................................................................................

 ..................................................................................................................................

20. Ist wegen der rechtswidrigen Maßnahme, die Gegenstand dieses Antrages ist, bereits

 früher ein Antrag gestellt worden?

 (Gegebenenfalls Antragskopien, Bescheid, Beleg beifügen).

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

 Antrag vom ......................... bei ............................................

 (bitte Behörde angeben)

 [ ]  Benachteiligung konnte in diesem Verfahren bereits völlig/

 annähernd ausgeglichen werden

 [ ]  Ein Anspruch wurde abgelehnt

 durch Entscheidung des/der ...................................................

 vom .........................................................................................

 [ ]  Nein, es wurde bisher **kein** Verfahren eingeleitet.

21. Sind wegen der Auswirkungen der rechtswidrigen Maßnahme, welche Gegenstand des

 Antrages ist, bereits Ausgleichsleistungen gewährt worden?

 [ ]  Nein.

 [ ]  Ja, aufgrund .........................................................................................

 in Höhe von ..............................................................................

 (In diesem Zusammenhang sind auch Entschädigungsleistungen von Dienststellen der

 ehemaligen DDR und im Falle einer Zwangsaussiedlung etwaige Ersatzgrundstücke

 anzugeben. Bitte Nachweise – soweit vorhanden - beifügen).

 ................................................... ........................................................

 Ort, Datum Unterschrift

**Einverständniserklärung**

Name, Geburtsname: ................................................................................................

Vorname: ...................................................................................................................

Geburtsdatum: ............................................

Geburtsort: .................................................................................................................

Land: ..........................................................................................................................

Ich bin unter Entbindung von der Schweigepflicht damit einverstanden, dass das Ministerium für Justiz, Gleichstellung und Verbraucherschutz 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 Ministerium für Justiz, Gleichstellung und Verbraucherschutz des Landes Mecklenburg-Vorpommern die zur Beurteilung und Entscheidung notwendigen Akten/Unterlagen angefordert werden können und entbinde auch insoweit von der Schweigepflicht.

Ort, Datum: .......................................................

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