Landesamt
für Gesundheit und Soziales

BERLIN

Tel.: 90229-3416

Fax: 90229-3298

Anlage

zum Antrag auf Zahlung einer
Entschädigung wegen einer Maßnahme,
die der Zersetzung diente

Gemäß § 1a Abs. 2 Verwaltungsrechtliches
Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
II AbtL 1
Turmstr. 21 - Haus A
10559 Berlin

1. Angaben zum Antrag *

Antragsteller (Name, Vorname) | Geburtsdatum

2. Angaben zur rechtsstaatswidrigen Verwaltungsmaßnahme *

Sind Sie in der Zeit vom 8. Mai 1945 bis zum 2. Oktober 1990 im Gebiet der ehemaligen sowjetischen Besatzungszone/ DDR persönlich Opfer einer rechtsstaatswidrigen Verwaltungsmaßnahme (Zersetzungsmaßnahme), die zu keinem rehabilitierungsfähigen Eingriff in die Rechtsgüter Gesundheit/ Leben, Vermögen oder Beruf führte?

Ja ☐ Nein ☐

a) Veranlasser der hoheitlichen Maßnahme

Welche behördliche Stelle hat die Maßnahme seinerzeit veranlasst/ angeordnet?

b) Wann und wo hat der Eingriff stattgefunden?

c) Art der Maßnahme

Worin bestand das rechtsstaatswidrige Verwaltungshandeln in Ihrem Fall?

d) Form der Maßnahme

In welcher Form erging diese Maßnahme?
(Schriftlich, mündlich oder auf welche andere Weise? Bitte, soweit möglich, Bescheide, Schreiben etc. beifügen.)

e) Was war der Anlass für den Eingriff/ die Maßnahme und aus welchen Gründen erfolgte der staatliche Eingriff/ die Maßnahme?

f) Warum ist die oben geschilderte staatliche Maßnahme Ihrer Ansicht nach unrechtmäßig? Worin besteht für Sie der grobe Verstoß gegen rechtsstaatliche Grundsätze?

g) Sind Sie der Ansicht, dass die Maßnahme zu einer schweren Herabwürdigung in Ihrem persönlichen Lebensbereich geführt hat?

Nein ☐

Ja, weil

3. Zwangsaussiedlung

a) Von welchem Ort wurden Sie wohin zwangsweise umgesiedelt?
(Nachweise über die Zwangsaussiedlung bitte beifügen - soweit vorhanden -)

von nach

b) Wann erfolgte die Zwangsaussiedlung?
(Zeitpunkt)

4. Sonstige Angaben

Haben Sie wegen der Auswirkungen der rechtswidrigen Maßnahme, die Gegenstand dieses Antrages ist, bereits Ausgleichsleistungen erhalten? *

Ja ☐ Nein ☐

Falls Ja,
Betrag _____ Rechtsgrundlage der Ausgleichsleistung _____

5. Bankverbindung _____

Die Einmalleistung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber * _____

IBAN * _____

BIC _____

Geldinstitut * _____

_____ _____
Datum Ort

_____
Unterschrift