

An die
Bezirksregierung Düsseldorf
Dezernat 15 (Wiedergutmachung)
Postfach 300865

40408 Düsseldorf

*Achtung,
füllen Sie bitte diesen Fragebogen in
Maschinen- oder Druckschrift aus und
fügen Sie alle Unterlagen in deutscher
Sprache oder beglaubigter deutscher
Übersetzung bei. Sie ersparen sich
hierdurch zeitaufwendige Rückfragen.*

Antrag auf Unterstützung nach den Richtlinien der Landesregierung für den Härtefonds des Landes Nordrhein-Westfalen zur Unterstützung von Opfern des Nationalsozialismus aus Billigkeitsgründen in der Fassung vom 08.05.2001 (MBI. NW 2001. S. 1019).

1. Familienname (und Geburtsname):			
2. Vornamen (Rufname unterstreichen):			
3. Gegebenenfalls früherer Name oder andere Schreibweise:			
4. Geburtsdatum:	Geburtsort (Land/Bezirk):		
5. Derzeitige Anschrift:			
6. Art und Nummer des amtlichen Ausweispapieres (beglaubigte Fotokopie oder beglaubigte Abschrift bitte beifügen):			
* ledig <input type="checkbox"/>	* verheiratet <input type="checkbox"/>	* verwitwet <input type="checkbox"/>	* geschieden <input type="checkbox"/>
8. Name, Geburtsdatum und Geburtsort des Ehegatten:			
9. Namen, Geburtsdaten und Geburtsorte der Kinder (soweit noch im Haushalt lebend):			

*** Zutreffendes Feld ankreuzen**

10. Darlegung der wirtschaftlichen Verhältnisse:

Derzeitiges Einkommen: (Arbeitslohn, Rente, Sozialhilfe, Kapital- oder Vermögenserträge usw.):

Haben Sie Haus- oder Grundbesitz ja nein

Fügen Sie bitte bei: Steuerbescheid, Rentenbescheid, Bescheid über Hilfe zum Lebensunterhalt oder sonstige zum Nachweis des Einkommens geeignete Unterlagen.

Bitte auch Einkommensunterlagen des Ehepartners beifügen.

11. a) Hauptwohnsitz zum Zeitpunkt der Antragstellung (im Inland bitte Meldebescheinigung im Original beifügen):

b) Wann wurde erstmals der Hauptwohnsitz in Nordrhein-Westfalen begründet? Bitte Meldebescheinigung mit den genauen Meldedaten, ersatzweise Aufnahmebescheinigung des Aufnahmelagers Unna-Massen beifügen!

12. Haben Sie bereits Anträge auf Beihilfe nach den Härteregelungen der Bundesrepublik Deutschland oder anderer Bundesländer gestellt?

* ja * nein

Wenn ja, bei wem : , Aktenzeichen:

Wann:

13. Haben Sie aufgrund der deutschen Wiedergutmachungsgesetze oder anderer Wiedergutmachungsregelungen, des Allgemeinen Kriegsfolgengesetzes oder aufgrund eines Abkommens der Bundesrepublik Deutschland mit einem anderen Staat bereits Leistungen erhalten?

* ja * nein

Wenn ja, von wem: , Aktenzeichen:

Wann:

Höhe der Entschädigung:

***Zutreffendes Feld bitte ankreuzen**

14. Beschreibung der Gewalt- und Unrechtsmaßnahmen mit Angabe von Orten und Zeiten
Fügen Sie bitte Belege - in beglaubigter Kopie - oder Zeugenaussagen bei): *

* Falls Sie diese Angaben auf einem besonderen Blatt abgeben, versehen Sie dieses bitte mit Ihrer eigenhändigen Unterschrift.

15. War Ihnen die Freiheit entzogen?

* ja

* nein

Lag eine Verurteilung vor?

* ja

* nein

Wenn ja, durch wen:

Untersuchungshaft von: bis in:

Strafhaft einschließlich Militärstrafanstalten von: bis in:

KZ-Lager von: bis in:

Sonstige Haftstätten von: bis in:

Leben unter haftähnlichen Bedingungen von: bis in:

Verstecktleben unter menschenunwürdigen Bedingungen von: bis in:

Ergänzende Erklärungen/Erläuterungen bzw. Beschreibung der Lebensumstände im Falle des Verstecktlebens:

16. Liegt ein außergewöhnlicher schwerer Gesundheitszustand vor?

* ja

* nein

Kurze Erläuterung des Gesundheitszustandes unter Beifügung einer ärztlichen Bescheinigung:

* Zutreffendes Feld bitte ankreuzen

17. Ich beantrage Zahlungen auf mein Konto

Nr.: _____ bei _____

_____ (BLZ).

18. Ich habe niemals der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft Vorschub geleistet.

Ich war niemals Mitglied der NSDAP oder einer ihrer Gliederungen.

Ich war aus folgenden Gründen nominelles Mitglied der NSDAP/der Gliederungen:

Ich versichere, dass alle vorstehenden und beigefügten Erklärungen richtig sind.

Ich bin mir bewusst, dass ich bei wissentlich unrichtigen Angaben mit einer Abweisung meines Antrages oder Rückforderung einer bereits gezahlten Unterstützung zu rechnen habe.

Mir ist bekannt, dass ich auf die Unterstützung **keinen** Rechtsanspruch habe.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Auskünfte bei Behörden über anhängige oder früher anhängig gewesene, mich betreffende Entschädigungsverfahren oder über das schädigende Ereignis eingeholt und Akten beigezogen werden. Ferner bin ich damit einverstanden, dass die zuständigen Stellen (Behörden, Arbeitgeber pp) Auskünfte über meine wirtschaftlichen Verhältnisse erteilen. Soweit Ermittlungen über Gesundheitsschäden erforderlich sind, entbinde ich Ärzte und Krankenanstalten von der Schweigepflicht.

(Ort und Datum)

(Eigenhändige Unterschrift mit Vor- und Familiennamen)