



Die Beauftragte  
des Landes Brandenburg  
zur Aufarbeitung der Folgen  
der kommunistischen Diktatur

## Erfassungsbogen für Interessenten des Härtefallfonds des Landes Brandenburg

Wichtig! Dieses Formular erfragt erste Angaben und stellt noch keinen Antrag dar!

Unterstützungen aus dem Fonds können ehemals politisch Verfolgte der SBZ/DDR einmalig erhalten, die:

- nach dem Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG), dem Berufsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (BerRehaG), dem Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG) rehabilitiert sind,
- ihren Hauptwohnsitz im Land Brandenburg haben,
- in ihrer wirtschaftlichen Lage in besonderem Maße beeinträchtigt sind.

### Angaben für notwendige Unterstützungen

#### 1. Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Vorname(n): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

#### 2. Voraussetzungen für Unterstützung aus dem Härtefallfonds

Erfolgte Rehabilitierung

strafrechtlich     beruflich     verwaltungsrechtlich     nach dem Häftlingshilfegesetz

### 3. soziale Lage der Haushaltsgemeinschaft

#### Monatliches Nettoeinkommen der Antragstellerin/des Antragstellers

Gehalt / Lohn:	_____ €	Alters- oder EU-Rente:	_____ €
Arbeitslosengeld I:	_____ €	Arbeitslosengeld II:	_____ €
Grundsicherung nach SGB XII:	_____ €	Wohngeld:	_____ €
sonst. Einkommen:	_____ €		

#### Monatliches Nettoeinkommen der Partnerin/des Partners

Gehalt / Lohn:	_____ €	Alters- oder EU-Rente:	_____ €
Arbeitslosengeld I:	_____ €	Arbeitslosengeld II:	_____ €
Grundsicherung nach SGB XII:	_____ €	Wohngeld:	_____ €
sonst. Einkommen:	_____ €		

### 4. Notlagen in folgenden Bereichen können unterstützt werden:

(Bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich)

- gesellschaftliche Integration:** z. B. Unterstützung bei Aus- und Fortbildung \_\_\_\_\_
- medizinische Hilfen:** z. B. Unterstützung bei med. Hilfsmitteln \_\_\_\_\_
- Sicherung selbstbestimmter Wohn- und Lebensmöglichkeiten:** z. B. behinderten-/ bzw. altersgerechter Umbau der Wohnung \_\_\_\_\_
- technische Hilfe im Alltag:** z. B. Geräte im Haushalt, die eine selbstbestimmte Lebensführung ermöglichen bzw. sicherstellen \_\_\_\_\_
- Kommunikationshilfen für die soziale Teilhabe:** z.B. technische und digitale Geräte, wie Smartphones und Computer \_\_\_\_\_
- Unterstützung und Verbesserung der Mobilität:** z.B. Anschaffung von Fahrrädern oder motorisierten Fahrzeugen \_\_\_\_\_

weitere notwendige Unterstützungen:

---

5. Wie hoch schätzen Sie die Kosten für die benötigte Unterstützung?

€

Nach Eingang des Erfassungsbogens besprechen wir mit Ihnen das weitere Verfahren.

Wir weisen darauf hin, dass eigenfinanzierte Anschaffungen, oder Anschaffungen, die vor Erhalt eines Bewilligungsbescheides getätigt werden, nicht rückwirkend finanziert oder erstattet werden können!

---

Ort, Datum

---

Unterschrift