



Härtefallfonds des Landes Brandenburg

Antrag auf Unterstützungsleistungen

Unterstützt werden in der SBZ/DDR politisch Verfolgte, die rehabilitiert sind und ihren Hauptwohnsitz im Land Brandenburg haben.

1. Angaben zur Person

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname(n): _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Familienstand: _____

Datum der Rehabilitierung (Bitte Kopie des Bescheids beifügen): _____

2. Bankverbindung

Kontoinhaber(in): _____

Bank: _____

IBAN: _____ BIC: _____

3. Angaben zum Einkommen (Bitte Belege beifügen)

monatliches Nettoeinkommen der Antragstellerin / des Antragstellers

derzeit ausgeübte Tätigkeit: _____

Gehalt / Lohn: _____ Alters- oder EU-Rente: _____

Arbeitslosengeld I: _____ Arbeitslosengeld II: _____

Hilfen zum Lebensunterhalt: _____ Grundsicherung: _____

sonstige Einnahmen: _____ Wohngeld: _____

Leistungen gemäß Bundesversorgungsgesetz (BVG): _____

besondere Zuwendung gemäß § 17a StrRehaG: _____

Ausgleichsleistungen gemäß § 8 BerRehaG: _____

ggf. monatliches Nettoeinkommen weiterer zum Haushalt gehörender Personen

derzeit ausgeübte Tätigkeit: _____

Gehalt / Lohn: _____ Alters- oder EU-Rente: _____

Arbeitslosengeld I: _____ Arbeitslosengeld II: _____

Hilfen zum Lebensunterhalt: _____ Grundsicherung: _____

sonstige Einnahmen: _____ Wohngeld: _____

Leistungen gemäß Bundesversorgungsgesetz (BVG): _____

besondere Zuwendung gemäß § 17a StrRehaG: _____

Ausgleichsleistungen gemäß § 8 BerRehaG: _____

ggf. vorhandenes Vermögen (z. B. Geldvermögen): _____

ggf. Leistungen aus anderen Hilfsfonds (z. B. Fonds Heimerziehung in der DDR, Stiftung Anerkennung und Hilfe) _____

4. Angaben zu monatlich festen Ausgaben

Miete / Betriebskosten: _____ Versicherungen: _____

Heizung: _____ Unterhaltszahlungen: _____

Strom: _____ medizinische /Pflegeaufwendungen: _____

weitere Ausgaben: _____

5. Beantragte Unterstützung

Kurzbezeichnung: _____
(Keine laufenden Ausgaben, Schulleistungen, Darlehen)

Höhe der beantragten Finanzmittel (in Euro): _____

6. Erläuterung zum Zweck der Maßnahme (Schilderung der Problemlage)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller(in)

Bitte fügen Sie dem Antrag folgende Unterlagen in Kopie bei, um Ihre Angaben zu belegen:

- HHG-Bescheinigung bzw. Rehabilitierungsbeschluss/-bescheid
- Einkommensnachweise / Rentenbescheid
- ggf. Kostenvoranschlag oder anderer Kostennachweis zur beantragten Unterstützung
- ggf. Ablehnungsschreiben anderer Stellen zur beantragten Unterstützung