



CLAIMS CONFERENCE ♦ ועידת התביעות

Conference on Jewish Material Claims against Germany, Inc.

www.claimscon.org כתובת האתר באינטרנט

Hardship Fund ♦ קרן הסייע

(Фонд на получение единовременной компенсации)

Анкета ♦ שאלון

Перед заполнением анкеты следует ознакомиться с прилагаемой инструкцией, затем на пишущей машинке или от руки, но чёткими печатными буквами, заполнить анкету только на английском или немецком языке.

Просим приложить копии всех документов, которые могут подтвердить сообщённые Вами сведения.

אנא קרא בעיון את ההוראות המצורפות לפני מילוי שאלון זה. למילוי הפרטים בשאלון זה השתמש באותיות דפוס (לטיניות) בגרמנית או באנגלית. אין למלא את הטופס בעברית. אנא צרף עותקים של כל המסמכים התומכים בהצהרותיך. למען הנוחיות הטופס מנוסח בלשון זכר אך תקף גם לנשים.

1. פרטים אישיים

1. Личные данные

| | | | |
|---|--|---|---|
| Наименование и номер официального документа, удостоверяющего личность (просим приложить фотокопию): | | סוג המסמך ומספר זהות הרשום של המבקש (אנא צרף עותק מצולם) | |
| Удостоверение личности/ Паспорт | Вид документа | מספר | סוג התעודה / Номер |
| Фамилия | | השם הפרטי / Имя | |
| Девичья фамилия | | שם קודם או איות שונה / Препжние имена и фамилии или другое написание | |
| Постоянный адрес | Улица, номер дома, квартира | | כתובת קבועה |
| | Город/Населённый пункт | Почтовый индекс | |
| | Штат, округ, область | Страна | |
| Номер телефона | Факс (если имеется) | Адрес электронной почты (если имеется) | |
| Дата рождения | Место рождения | Страна | ארץ הלידה / Страна |
| Мужской <input type="checkbox"/> | Женский <input type="checkbox"/> | Семейное положение | |
| Мужской <input type="checkbox"/> זכר / Женский <input type="checkbox"/> נקבה | | נשוי <input type="checkbox"/> / רווק <input type="checkbox"/> / נשוי <input type="checkbox"/> / רווק <input type="checkbox"/> / נשוי <input type="checkbox"/> / רווק <input type="checkbox"/> / נשוי <input type="checkbox"/> / רווק <input type="checkbox"/> | |
| Прежнее гражданство | | Гражданство в настоящее время | |
| Были ли Вы евреем по происхождению или вероисповеданию во время преследования? | | | |
| Нет <input type="checkbox"/> לא / Да <input type="checkbox"/> כן | | | |
| Язык, на котором Вы предпочитаете вести корреспонденцию | | | |
| Английский <input type="checkbox"/> / Французский <input type="checkbox"/> / Немецкий <input type="checkbox"/> / Русский <input type="checkbox"/> / Иврит <input type="checkbox"/> / עברית <input type="checkbox"/> | | | |
| Дополнительный контакт (на Ваше усмотрение) | В случае, если у нас возникнут проблемы связаться с Вами, просим Вас указать одного из членов Вашей семьи или кого-то из Ваших друзей, к которому мы могли бы обратиться при необходимости. | | |
| | Фамилия и имя | Степень родства с Заявителем (Выбрать подходящее): | אם נתקשה ביצירת קשר עמך, נודה לך אם תמנה איש קשר, בן משפחה קרוב, חבר או ידיד אשר אליו תרצה שנספנה בעניין הבקשה שלך. |
| Супруг/а <input type="checkbox"/> | | Сын/Дочь <input type="checkbox"/> | Другое лицо <input type="checkbox"/> |
| Почтовый индекс | | Город / Населённый пункт | שם הרחוב ומספר הבית / Название улицы и номер дома |
| Страна | | Штат, округ, область | מדינה/אזור |
| Номер телефона | Номер факса (если имеется) | Адрес эл. почты (если имеется) | |

2. Место жительства

2. מקום המגורים

| | | | |
|---|--|---|------------------|
| Место жительства к моменту начала преследований: | | מקום המגורים בזמן הרדיפות | |
| Город / Населенный пункт | Штат, округ, область | Страна | מדינה |
| 1969 | 31 | 1965 | 31 |
| Место жительства 31 декабря 1969 года: | | מקום המגורים ב-31 בדצמבר 1965: | |
| Город / Населенный пункт | Штат, округ, область | Страна | מדינה |
| Когда Вы покинули страны коммунистического блока? | | | |
| Год | Месяц | День | שנה חודש יום |
| В какую страну Вы иммигрировали? | Когда Вы иммигрировали в страну, в которой проживаете в настоящее время (просим приложить фотокопии Вашей визы на выезд и Вашего иммиграционного удостоверения)? | מתי היגרת למדינה בה אתה מתגורר עכשיו (אנא צרף תצלום של ניירות ההגירה שלך) | |
| 1969 | 31 | 1965 | 31 |
| 1969 | 31 | 1965 | 31 |

3. Краткое описание пережитых преследований с указанием мест и дат. (Если понадобится, продолжите описание на отдельном листе бумаги)

3. תיאור תמציתי של הרדיפות מהן סבלת (תוך פירוט התקופות והמקומות של הרדיפות)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

4. Сведения о супруге (также, если он/она умер/ла)

4. פרטי בני-זוג (גם אם נפטר)

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Имя и фамилия супруга/и | Девичья фамилия супруги | Пол | Мужской <input type="checkbox"/> זכר | Женский <input type="checkbox"/> נקבה |
| Дата рождения | Место рождения/Страна | ארץ הלידה | | |
| 1969 | 31 | 1965 | | |
| Дата заключения брака | Место заключения брака/Страна | מקום הנישואין | | |
| 1969 | 31 | 1965 | | |

5. Сведения о детях

5. פרטים על הילדים

| Имя и фамилия | Дата рождения | Место рождения/Страна | Место жительства |
|----------------|---------------|-----------------------|------------------|
| שם פרטי ומשפחה | תאריך הלידה | עיר וארץ הלידה | מקום המגורים |
| 1969 | 31 | 1965 | 31 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

6. Информация о родителях, братьях и сёстрах
 (также, если они умерли)

6. פרטים של ההורים ושל בני המשפחה
 (אנא השלם גם אם נפטרו)

| פרטים Данные | אב Отец | אם Мать |
|---|---|---|
| שם המשפחה Фамилия | | |
| השם הפרטי Имя | | |
| שם משפחה קודם (אם יש) Отчество (если имеется) | | |
| שם הנעורים Девичья фамилия | | |
| הכתובת Адрес | | |
| תאריך הלידה Дата рождения | שנה Год | שנה Год |
| חודש Месяц | יום День | חודש Месяц |
| תאריך הלידה Дата рождения | יום День | יום День |
| עיר וארץ הלידה Место рождения/Страна | | |
| תאריך הפטירה Дата смерти | שנה Год | שנה Год |
| חודש Месяц | יום День | חודש Месяц |
| תאריך הפטירה Дата смерти | יום День | יום День |
| עיר וארץ הפטירה Место смерти/Страна | | |
| עיסוק (אם ידוע) Профессия (если известно) | | |
| באיזו שנה עזב את תחום המשטר הקומוניסטי? В каком году они выехали из стран коммунистического блока | | |
| האם הוגשה בקשה לועידת התביעות? Обращались ли они с заявлением в Claims Conference? | כן <input type="checkbox"/> / לא <input type="checkbox"/> | כן <input type="checkbox"/> / לא <input type="checkbox"/> |
| אם כן, אנא רשום את מספרה Если да, просим указать регистрационный номер | | |
| האם נודפת ביחד עם הוריה? Находились ли Вы в период преследований вместе с родителями? | כן <input type="checkbox"/> / לא <input type="checkbox"/> | כן <input type="checkbox"/> / לא <input type="checkbox"/> |
| האם הייתם ביחד במשך כל זמן הרדיפות? Находились ли Вы вместе в течение всего периода преследований? | כן <input type="checkbox"/> / לא <input type="checkbox"/> | כן <input type="checkbox"/> / לא <input type="checkbox"/> |
| אם לא, היכן היו הוריה? Если нет, где были Ваши родители? | | |
| למה הופרדת מהוריה? Почему Вы не находились вместе с Вашими родителями? | | |

Примечание: Если у Вас более двух братьев и сестёр, просим сделать дополнительные копии этой страницы.

הערה: אנא הוסף העתקים נוספים של דף זה אם יש לך יותר משני (2) בני משפחה

| Данные פרטים | брат/сестра 1 אח | брат/сестра 2 אח |
|--|---|---|
| Фамилия שם המשפחה | | |
| Имя השם הפרטי | | |
| Отчество (если имеется) שם משפחה קודם (אם יש) | | |
| Девичья фамилия שם הנעורים | | |
| Адрес הכתובת | | |
| Дата рождения תאריך הלידה | День יום Месяц חודש Год שנה | День יום Месяц חודש Год שנה |
| Место рождения/Страна עיר וארץ הלידה | | |
| Дата смерти תאריך הפטירה | День יום Месяц חודש Год שנה | День יום Месяц חודש Год שנה |
| Место смерти/Страна עיר וארץ הפטירה | | |
| В каком году они выехали из стран коммунистического блока באיזו שנה עזבו את תחום המשטר הקומוניסטי? | | |
| Обращались ли они с заявлением в Claims Conference? האם הוגשה בקשה לוועידת התביעות? | Нет <input type="checkbox"/> לא Да <input type="checkbox"/> כן | Нет <input type="checkbox"/> לא Да <input type="checkbox"/> כן |
| Если да, просим указать регистрационный номер אם כן, אנא רשום את מספרה | | |
| Находились ли они в период преследований вместе с Вами? האם נדרפת ביחד עם הורייך? | | |
| | | Нет <input type="checkbox"/> לא Да <input type="checkbox"/> כן |
| Находились ли Вы вместе в течение всего периода преследований? האם הייתם ביחד במשך כל זמן הרדיפות? | | |
| | | Нет <input type="checkbox"/> לא Да <input type="checkbox"/> כן |
| Если нет, где были Ваши братья и сёстры? אם לא, היכן היו הורייך? | | |
| | | |
| Почему Вы не находились вместе с Вашими братьями и сёстрами? למה הופרדת מהורייך? | | |
| _____ | | |

7. Виды компенсаций

7. קבלת פיצויים

| | |
|--|---|
| Получали ли Вы когда-либо на основании федерального закона Германии о возмещении (BEG) компенсацию за пережитое преследование? | האם קיבלת פיצוי בגין הרדיפות על בסיס חוק הפיצויים הגרמני (BEG) או כתוצאה מהסכם גלובאלי של ממשלת גרמניה עם ממשלה אחרת? |
| Нет <input type="checkbox"/> א7 Да <input type="checkbox"/> אן | |

8. Прежние платежи

8. תשלומים קודמים

| | |
|---|---|
| Нижеследующие вопросы предназначены только для тех Заявителей, которые в период преследования, а также в указанный год являлись гражданами одной из следующих стран: Австрия (до 13 марта 1938 года), Бельгия (1960), Дания (1959), Франция (1960), Италия (1961), Люксембург (1959), Нидерланды (1960), Норвегия (1959), Швеция (1964), Швейцария (1961), Великобритания (1964). | הנך מתבקש לענות על סעיף זה רק אם היית אזרח של הארצות האלה: אוסטריה (לפני 13 במארס 1938), בלגיה (1960), דנמרק (1959), צרפת (1960), איטליה (1961), לוקסמבורג (1959), הולנד (1960), נורבגיה (1959), שוודיה (1964), שווייץ (1961), אנגליה (1964). |
| Прежние платежи на основании двустороннего Соглашения западноевропейских стран с Германией. | תשלומים קודמים במסגרת ההסכם הגלובאלי בין ארצות מערב אירופה לבין הרפובליקה הפדרלית של גרמניה. |
| (א) Ваше(и) гражданство(а) в период между 1933 годом и 1945 годом годом (просим указать полные данные за весь период): | (א) איזה אזרחות הייתה לך בין השנים 1933 ו-1945 (נא לרשום פרטים מדויקים על התקופה)? |
| (б) Ваше(и) гражданство(а) в период между 1945 годом и до настоящего времени (просим указать полные данные за каждый период): | (ב) נא רשום איזה אזרחות הייתה לך משנת 1945 עד עתה (נא לרשום פרטים מדויקים על התקופה): |

(ב) Указали ли Вы в ответе на вопрос (б) одну или несколько из ниже перечисленных стран: Австрия, Бельгия, Дания, Франция, Нидерланды, Италия, Люксембург, Норвегия, Швейцария, Швеция или Великобритания?

Нет לא Да כן

Если да, получали ли Вы компенсацию за пережитые во время Холокоста преследования от Австрии, Бельгии, Дании, Франции, Нидерландов, Италии, Люксембурга, Норвегии, Швейцарии, Швеции или Великобритании?

Нет לא Да כן

Если да: **אם כן, אגב פרט:**

| Страна <input type="checkbox"/> | Валюта מטבע | Сумма סכום | תאריך Дата |
|---------------------------------|-------------|------------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

(ג) האם הארצות, אותן חשמת בשאלה כוללות את אחת או יותר מן הארצות האלה: אוסטריה, בלגיה, דנמרק, צרפת, הולנד, איטליה, לוקסמבורג, נורבגיה, שוויצריה, שוודיה או אנגליה?

אם כן, האם הוענק לך תשלום מאוסטריה, בלגיה, דנמרק, צרפת, הולנד, איטליה, לוקסמבורג, נורבגיה, שוויצריה, שוודיה או אנגליה בעבור הרדיפות בתקופת השואה?

(ד) כיום אני מקבל תשלומים בעבור הרדיפות בתקופת השואה מ- (רשום את שם הארץ או את שם הארגון):

(ה) מגישי בקשות המתגוררים בהולנד או שהיו אזרחים הולנדיים בתקופת הרדיפות, נא לענות על השאלות שלהלן. תשובות אלה יסייעו מאד בטיפול בתביעתך.

(ו) אם הנך מקבל תשלומים במסגרת ה-WUV, נא לספק לנו את מספר הרישום של התיק שלך ב-WUV, אם הוא ידוע לך.

(ז) אם קבלת מענק ממשלת הולנד במסגרת ה-CADSU, נא תשום את מספר הרישום, אם הוא ידוע לך.

(ג) В настоящее время я получаю пенсию за пережитые во время Холокоста преследования от (просим назвать страну или организацию):

(ד) Заявителей, проживающих в Нидерландах или бывших гражданами Нидерландов в период преследования, просим ответить на следующие вопросы. Ваш ответ поможет при обработке Вашего Заявления:

- Если Вы получаете пенсию WUV, просим указать номер дела, если известен:

- Если Вы получили от правительства Нидерландов платеж CADSU II, просим указать номер дела, если известен:

9. תשלומים אחרים **9. Другие виды компенсации**

(א) האם הנך מקבל רנטה ממשד האוצר הישראלי על-פי "חוק נכי רדיפות הנאצים"?

אם כן, אגב רשום את מספר התיק שלך: כן לא

Получаете ли Вы пенсию от израильского Министерства финансов в соответствии с законом об „Инвалидах-жертвах нацистских преследований“?

Если да, просим указать номер дела: _____

(ב) האם הגשת תביעה לועידת התביעות במסגרת קרן סעיף 2? כן לא

Если да: **קבלתי את התשלום** **התביעה נדחתה** **עדיין לא הוחלט**

Компенсация получена
 Просьба отклонена
 Решение не принято

אם כן, אגב רשום את מספר התיק: _____

просим указать номер дела: _____

(ג) האם הגשת תביעה לועידת התביעות במסגרת הקרן של מרכז ומזרח אירופה CEEF?

אם כן, אגב רשום את מספר התיק שלך: _____

Если да, просим указать номер дела: _____

(ד) האם הגשת תביעה לשם קבלת תשלומים מהתכנית למען עובדי כפייה ופרך לשעבר?

אם כן, אגב רשום את מספר התיק שלך: _____

Если да, просим указать номер дела: _____

10. שאלות לנרדפים שטרם מלאו להם 60 / 65
10. Вопросы для заявителей, которым ещё не исполнилось 60/65 лет

על נרדפי המצאים שבעת הגשת הבקשה עדיין לא הגיעו לגיל 60 (נשים) או 65 (גברים) לענות על השאלות הנוספות להלן:
 Заявители, которым к моменту обращения с заявлением ещё не исполнилось 60 лет (женщины) или 65 лет (мужчины), должны ответить на следующие дополнительные вопросы:

• Установлена ли степень потери Вами трудоспособности? האם נפגע כושר ההשתכרות שלכם? לא כן נט

(1) Составляет ли степень потери Вами общей трудоспособности 80% и более? האם הפגיעה מגיעה לרמה של 80% באופן כללי? לא כן נט

(2) Если нет, составляет ли степень потери Вами трудоспособности как следствие преследований 50% и более? האם כושר ההשתכרות שלכם פחת לכדי לפחות 50% כתוצאה מהרדיפות? לא כן נט

• В случае утвердительного ответа на вопросы 1 или 2: במקרה שהתשובה לשאלות 1 או 2 לעיל הייתה חיובית:

(a) Какие заболевания явились причиной потери Вами трудоспособности? לאילו מחלה/ות ניתן לייחס את הפגיעה בכושר ההשתכרות:

(b) В каком медицинском учреждении Вы проходили (или проходите) курс лечения указанных Вами заболеваний? היכן קיבלתם (או שאתם עדיין מקבלים) טיפול רפואי במחלות אלו:

(c) Согласны ли Вы с отказом от сохранения врачебной тайны? האם אתם מוכנים לוותר על חיסיון רפואי? לא כן נט

(d) Просим приложить медицинское заключение в качестве подтверждения потери трудоспособности: אנא הציגו תעודת רפואית המוכיחה את הפגיעה בכושר ההשתכרות:

• В случае отрицательного ответа на вопросы 1 и 2, просим ответить на следующие дополнительные вопросы: במקרה שהתשובה לשאלות 1 וגם 2 הייתה שלילית, עליכם לענות על השאלות הנוספות להלן:

Подвергались ли Вы лишению или ограничению свободы? האם נשלל מכם החופש שלכם? לא כן נט

| Если да: | אם כן, באילו נסיבות: | С - н | По דע | היכן גде |
|----------|--|-------|-------|----------|
| (a) | Концентрационный лагерь (א) מחנה ריכוז | | | |
| (b) | Гетто (ב) גטו | | | |
| (c) | Рабочие лагеря или принудительный труд (ג) מחנה עבודה בכפייה | | | |
| (d) | Жизнь под чужим именем или на нелегальном положении в условиях, приближённых к содержанию под стражей (ד) חיים במחבוא או בזרות בדויה בתנאים בלתי אנושיים הדומים לחיים במאסר | | | |
| (e) | Бегство (ה) בריחה | | | |
| (f) | Ограничение свободы (ו) הגבלת חירות | | | |
| (g) | Иной вид преследования (ז) רדיפה מסוג אחר | | | |

אנא צרפו הוכחות ו/או שמות של עדים.

Просим приложить документальные доказательства или указать свидетелей.

12. В случае положительного решения

12. אם תתקבל החלטה חיובית

| | | | |
|---|-------------|---|-----------------|
| Прошу перевести компенсацию на открытый на моё имя банковский счёт | | אנא העבירו את התשלום לחשבון הבנק שעל שמי: | |
| Название банка | שם הבנק | Адрес банка | כתובת הסניף |
| № Банковского счёта | מספר החשבון | Код банка | קוד הבנק |
| Банковский идентификационный код IBAN (Для жителей Европейского Сообщества)/ABA (Для жителей США)/Sortcode (Для жителей Великобритании)/SWIFT | | Номер филиала | שם הסניף ומספרו |

13. Общее количество страниц, прилагаемых к данному Заявлению:

13. ס"ה העמודים המצורפים לבקשה זו

14. Декларация

14. הצהרה

Я заявляю, что все сведения, содержащиеся в данном заявлении, достоверны.

אני מצהיר שכל ההצהרות לעיל וההצהרות הלוות הן אמת. אני מודע לכך שהצהרות שאינן אמיתיות יגרמו לדחייה.

Мне известно, что сообщение заведомо недостоверных сведений повлечет за собой отказ.

[Redacted text]

[Redacted text]

Я выражаю своё безоговорочное согласие с тем, что исключительная подсудность принадлежит суду во Франкфурте на Майне, Германия. Я также выражаю своё полное согласие с тем, что все спорные вопросы, которые могут возникнуть, будут решаться исключительно в соответствии с законами Федеративной Республики Германии.

אני מסכים בזאת בלא תנאי שבית המשפט בפרנקפורט, גרמניה, יהווה את סמכות השיפוט הבלעדית. אני גם מסכים שכל אי-הסכמה תידון על-פי חוקי הרפובליקה הפדרלית של גרמניה.

Мне известно, что у меня нет юридических прав на получение компенсации из фонда Claims Conference Hardship Fund. Исходя из вышеизложенного, я заявляю о категорическом- насколько это допускается законом- отказе, в настоящее время или в будущем, от каких-либо претензий к Conference on Jewish Material Claims against Germany в связи с содержанием или процедурой рассмотрения данного заявления.

אני מודע לכך שאיני מחזיק בכל זכות חוקית לקבלת סיוע מ"קרן הסיוע". בלי לגרוע מן האמור לעיל, אני מסיר בזאת באופן בלתי הפיך - אם הדבר קביל מבחינה משפטית - כל תביעה שיש לי או שתהיה לי בעתיד כנגד Conference on Jewish Material Claims against Germany בהקשר לפנייתי זו או לטיפול בה.

Я разрешаю Claims Conference знакомиться со всеми касающимися меня материалами, имеющимися в любых учреждениях, ведомствах, архивах и судебных органах в Германии и за её пределами и с этой целью передоверять свои полномочия.

אני מאשר בזאת לוועידת התביעות לבדוק את כל התיקים הרלוונטיים הנוגעים לי והמצויים אצל סוכנויות ממשלתיות או בתי-משפט בגרמניה או מחוצה לה, ולאשר לאחרים לערוך בדיקות כאלה בשם ועידת התביעות.

Настоящим я подтверждаю свое согласие с тем, что Claims Conference может запрашивать дополнительную информацию и документы, необходимые для рассмотрения моего заявления.

אני מסכים שועידת התביעות תוכל לבקש מידע ומסמכים נוספים לצורך הטיפול בפנייתי.

[Redacted text]

[Redacted text]

מקום תאריך

[Redacted text]

תאריך

[Redacted text]

חתימה ופסל

Подпись Заявителя, удостоверившего свою личность, предъявив:

החתימה הנ"ל של המצהיר אומתה ואושרה באמצעות תעודה מזהה:

- דרכון
- Удостоверение личности**
- Документ о социальном страховании**
- לעודת זהות
- לעודת ביטוח לאומי

שם מספר: [Redacted text] :
נומבר [Redacted text] :
אודווערעאן.

[Redacted text]

מקום תאריך

[Redacted text]

שם היישוב מקום

[Redacted text]

חתימה ופסל וחותמת המאשר