



CLAIMS CONFERENCE ♦ ועידת התביעות

Conference on Jewish Material Claims against Germany, Inc.

www.claimscon.org

Mittel-und Osteuropa-Fonds (CEEf)

Közép-és Kelet-európai Alap (CEEf)

Fragebogen ♦ Kérdőív

Füllen Sie bitte diesen Fragebogen - in Deutsch oder Englisch - erst nach dem Lesen der beiliegenden Anleitung in Maschinen - oder Druckschrift sorgfältig aus.

Bitte fügen Sie beglaubigte Kopien aller Unterlagen bei, die Ihre Angaben belegen.

Kérjük, ezt a kérdőívet a mellékelt tájékoztató gondos elolvasása után töltsse ki német vagy angol nyelven, írógéppel vagy nyomtatott betűkkel.

Kérjük, mellékelje minden olyan dokumentum hitelesített fénymásolatát, amely állításait alátámasztja.

1. Persönliche Angaben / Személyes adatok

Art und Nummer des amtl. Ausweises (Fotokopie beifügen): / A személyazonosságot igazoló okirat fajtája és száma (kérjük a fénymásolatot csatolni):	Ausweis/Pass / Igazolvány Art des Ausweises / Az igazolvány típusa	Nummer / Száma		
Vorname / Utónév	Name des Vaters / Édesapja neve	Familienname / Vezetéknév		
Geburtsname bei Frauen / Leánykori név		Frühere Namen oder andere Schreibweise / Előző vagy másképp írt név		
Ständiger Wohnsitz / Állandó lakhely	Strasse / Utca	Nr. / Szám	Apt. / Ajtó	
	Stadt/Ort / Város	Postleitzahl / Irányítószám		
	Land / Ország	Bezirk/Gebiet / Kerület		
Telefon Nr. / Telefonszám	Fax Nr. (falls gewünscht) / Fax szám (nem kötelező)	E-mail (falls gewünscht) / E-mail cím (nem kötelező)		
Geburtsdatum / Születés idő Tag / Nap Monat / Hónap Jahr / Év	Geburtsort / Születési hely	Geburtsland / Ország	Geschlecht / Neme Männlich <input type="checkbox"/> Férfi Weiblich <input type="checkbox"/> Nő	
Jetzige Staatsangehörigkeit / Jelenlegi állampolgársága		Frühere Staatsangehörigkeit / Korábbi állampolgársága		
Religion zur Zeit der Verfolgung / Vallása az üldöztetés idején		Jetzige Religion / Jelenlegi vallása		
Gewünschte Korrespondenzsprache / Választott levelezési nyelv Englisch <input type="checkbox"/> Angol Deutsch <input type="checkbox"/> Német Russisch <input type="checkbox"/> Orosz Ungarisch <input type="checkbox"/> Magyar				
Weitere Kontaktperson (falls gewünscht) / Kontaktálható személyek (szükség esetén)	Falls wir ein Problem haben sollten, Sie zu kontaktieren, benennen Sie bitte ein Familienmitglied oder einen Freund, den wir bezüglich Ihres Antrags kontaktieren können.		Kérjük, nevezzen meg egy családtagot vagy barátot, akit az Ön kérelme ügyében megkereshetünk akkor is, ha Önt esetleg nem érjük el.	
	Vor-und Nachname / Családi név és utónév		Beziehung zum Antragsteller (Bitte wählen Sie eine aus): / Kapcsolat típusa a kérelmezővel: Ehepartner <input type="checkbox"/> Házastárs Kind <input type="checkbox"/> Gyermek Anderes <input type="checkbox"/> Egyéb Nur ausfüllen, wenn "Anderes" angekreuzt ist: _____ Csak akkor töltsse ki, ha az "Egyéb"-et jelölte meg:	
	Postleitzahl / Irányítószám	Stadt/Ort / Város, Helység	Strasse und Hausnummer / Utcanév és házszám	
	Land / Ország	Bezirk oder Region / Kerület vagy régió		
Telefon Nr. / Telefonszám	Fax Nr. (falls gewünscht) / Fax szám (nem kötelező)	E-mail (falls gewünscht) / E-mail cím (nem kötelező)		

Identitätsnummer, so wie im P.1 /
Személyazonossági ig./Útleveél sz.,
ld.1.pont

2. Wohnort bei Beginn der Verfolgung / Lakóhely az üldöztetés kezdetekor

Stadt oder Ort / Város vagy helység	Land / Ország	Seit wann / Mikortól 19 __ __
-------------------------------------	---------------	---

3. Aufenthalt während der Verfolgung / Az üldöztetés alatti tartózkodási hely

Nr. / Szám.	Von / -tól	Bis / -ig	Ort der Verfolgung im genannten Zeitabschnitt / Az üldöztetés helye a megjelölt időszakban	Art der Verfolgung (KZ, Ghetto, Leben im Versteck oder in der Illegalität, Leben unter haftähnlichen Bedingungen) bitte genau angeben: / Üldöztetés fajtája (koncentrációs tábor, gettó, bujkálás vagy illegalitásban élés, börtönszerű életkörülmények):
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

4. Alle Wohnländer nach der Verfolgung bis heute / Minden olyan ország, ahol az üldöztetés végétől a mai napig élt:

Nr. / Szám.	Land / Ország	Von / -tól	Bis / -ig
1			
2			
3			
4			
5			

Identitätsnummer, so wie im P.1 /
Személyazonossági ig./Útlevel sz.,
ld.1.pont

7. Angaben über die Kinder / A gyermekek adatai

Name / Név	Geburtsdatum / Születés idő			Geburtsorte / Születési hely	Wohnorte /Lakóhely
	Tag / Nap	Monat / Hónap	Jahr / Év		

**8. Angaben über die Eltern und Geschwister (auch ausfüllen, falls verstorben)/
A szülők és testvérek adatai (akkor is kérjük kitölteni, ha már esetleg elhunytak)**

Angaben / Adatok	Vater / Édesapa			Mutter / Édesanya		
Vorname / Utónév						
Name des Vaters / Édesapa neve						
Familienname / Családnév						
Geburtsname bei Frauen / Leánykori név						
Ident-Nr / Személyazonosító szám						
Adresse / Cím						
Geburtsdatum / Születés idő	Tag / Nap	Monat / Hónap	Jahr / Év	Tag / Nap	Monat / Hónap	Jahr / Év
Geburtsort und -land / A születés helye (ország, város)						
Datum des Todes / Elhalálozás ideje	Tag / Nap	Monat / Hónap	Jahr / Év	Tag / Nap	Monat / Hónap	Jahr / Év
Stadt/Ort und Land des Todes / Elhalálozás helye (ország, város)						

Angaben /Adatok	Geschwister 1 / Testvér 1			Geschwister 2 / Testvér 2			Geschwister 3 / Testvér 3		
Vorname / Utónév									
Name des Vaters / Édesapa neve									
Familienname / Családnév									
Geburtsname bei Frauen / Leánykori név									
Ident-Nr / Személyazonosító szám									
Adresse / Cím									
Geburtsdatum / Születés idő	Tag / Nap	Monat / Hónap	Jahr / Év	Tag / Nap	Monat / Hónap	Jahr / Év	Tag / Nap	Monat / Hónap	Jahr / Év
Geburtsort und -land / A születés helye (ország, város)									
Datum des Todes / Elhalálozás ideje	Tag / Nap	Monat / Hónap	Jahr / Év	Tag / Nap	Monat / Hónap	Jahr / Év	Tag / Nap	Monat / Hónap	Jahr / Év
Stadt/Ort und Land des Todes / Elhalálozás helye (ország, város)									

9. Andere Zahlungen / Egyéb kifizetések

Haben Sie einen Antrag an den Art-2 gestellt? / Nyújtott be kérelmet a Claims Conference Article 2 Alaphoz?

(a) Wenn ja, bitte Aktenzeichen angeben: / Ha igen, adja meg iktatószámát:

(b) Haben Sie einen Antrag auf Zahlung aus dem Programm für ehemalige Sklaven- und Zwangsarbeiter "Erinnerung, Verantwortung und Zukunft" gestellt? / Nyújtott be kérelmet az "Emlékezés, Felelősség és Jövő" Alapítványnál (egykori kényszermunkások kárpótlási programja)?

Wenn ja, bitte Aktenzeichen angeben: / Ha igen, adja meg iktatószámát:

10. Gesamtzahl der Seiten, die diesem Antrag beigefügt sind: /
Mellékletek száma:

11. Erklärung / Nyilatkozat

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

Ich bin mir bewusst, dass ich bei wissentlich unrichtigen Angaben mit einer Abweisung zu rechnen habe. Ich erkläre hiermit, dass ich nur diesen Antrag an die Claims Conference Mittel- und Osteuropa-Fonds (CEEFF) gestellt habe.

Ausschliesslicher Gerichtsstand ist Frankfurt am Main, Bundesrepublik Deutschland, und ich erkläre hiermit mein bedingungsloses Einverständnis dazu. Ich erkläre mich weiterhin damit einverstanden, dass etwaige Streitigkeiten ausschliesslich nach den entsprechenden Regelungen in der Bundesrepublik Deutschland zu entscheiden sind. Mir ist bekannt, dass auf die Leistung aus dem Mittel- und Osteuropa-Fonds (CEEFF) kein Rechtsanspruch besteht. Ich verzichte- soweit dies gesetzlich zulässig ist- unwiderruflich darauf, jetzt oder später irgendwelche Ansprüche in Verbindung mit diesem Antrag und seiner Bearbeitung gegenüber der Conference on Jewish Material Claims against Germany, Inc., geltend zu machen.

Ich ermächtige die Claims Conference, alle mich betreffenden Akten bei Behörden, Gerichten, Archiven und Institutionen in und ausserhalb Deutschlands einzusehen und zu diesem Zwecke Untervollmacht zu erteilen.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Claims Conference zusätzliche Informationen und Dokumente für die Bearbeitung meines Antrages einholen kann.

Kijelentem, hogy a fenti és a mellékelt állítások igazak.

Tudatában vagyok annak, hogy a szándékosan hamis állítások elutasítást eredményeznek. Kijelentem, hogy csak a jelen kérelmet adtam be a Közép- és Kelet-európai Alapnak.

Ezennel feltétel nélkül hozzájárulok a Német Szövetségi Köztársaság Frankfurti Bírósága kizárólagos illetékességéhez. Tudomásul veszem, hogy bármilyen vitás kérdés a **Német Szövetségi Köztársaság** jogrendje alapján kerül eldöntésre. Tudatában vagyok annak, hogy a Közép és Kelet-európai Alap támogatása iránt jogigénnyel nem élhetek. Továbbá kijelentem, hogy - a törvényesség keretein belül - visszavonhatatlanul lemondok a jelen kérelemmel, illetve annak elbírálásával kapcsolatban a Claims Conference-szel szemben most vagy a későbbiekben támasztandó bármilyen követelésről. Felhatalmazom a Claims Conference-et, hogy az összes rám vonatkozó iratba németországi vagy Németországon kívüli hatóságoknál vagy bíróságokon betekintsen és hogy másokat erre a Claims Conference nevében felhatalmazzon. Beleegyezem abba, hogy a Claims Conference további információkat és dokumentumokat szerezzen be az igényem elbírálásához.

Ort und Land / Ország, város

Datum / Dátum

Unterschrift / Aláírás

Vorstehende Unterschrift des Antragstellers, der sich mit **Pass/Identitätskarte:**
A személyi igazolvánnyal/útlevéllel:

Pass Útlevél
Identitätskarte Személyi igazolvány

Nr. / Száma

, ausgewiesen hat, wird hiermit beglaubigt: /
magát igazoló igénylő aláírását ezennel itt hitelesítem:

Ort und Land / Ország, város

Datum / Dátum

Unterschrift und Stempel /
Aláírás, bélyegző