



# CLAIMS CONFERENCE ♦ ועידת התביעות

Conference on Jewish Material Claims against Germany, Inc.

www.claimscon.org

## Hardship Fund

(Фонд на получение единовременной компенсации)

### Questionnaire ♦ Анкета

Please read carefully the attached instructions before filling in this application form, **use typescript or block letters in English or German.**

Please include copies of all documents which substantiate your statements.

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.

#### 1. Personal Details / Личные данные

<b>Type and number of official identity document</b> (please attach photocopy):		<b>Наименование и номер официального документа, удостоверяющего личность</b> (просим приложить фотокопию):	
<b>Identity Card/Passport /</b> Удостоверение личности/ Паспорт	Type of Document / Вид документа	Number / Номер	
Family Name / Фамилия		First Name / Имя	
Maiden Name / Девичья фамилия		Former Name or Different Spelling / Прежние имена и фамилии или другое написание	
<b>Permanent Address /</b> Постоянный адрес	Street, Number, Apartment / улица, номер дома, квартира		
	City/Town / Город/Населённый пункт		Postal Code / Почтовый индекс
	State or Region / Штат, округ, область		Country / Страна
Telephone No. / Номер телефона	Fax No. (optional) / Факс (если имеется)	E-mail (optional) / Адрес электронной почты (если имеется)	
Date of Birth / Дата рождения Day / День Month / Месяц Year / Год	City/Town of Birth / Место рождения	State or Region of Birth / Область	Country of Birth / Страна
Gender / Пол  Male <input type="checkbox"/> Мужской Female <input type="checkbox"/> Женский	Personal Status / Семейное положение Single <input type="checkbox"/> Холост / Не замужем Married <input type="checkbox"/> Женат / Замужем Widowed <input type="checkbox"/> Вдовец / Вдова Divorced <input type="checkbox"/> Разведён/а		
Present Citizenship / Гражданство в настоящее время		Former Citizenship / Прежнее гражданство	
Were you of Jewish descent or religion during the time of persecution? / Были ли Вы евреем по происхождению или вероисповеданию во время преследования? No <input type="checkbox"/> Нет Yes <input type="checkbox"/> Да			
Preferred Language for Correspondence: / Язык, на котором Вы предпочитаете вести корреспонденцию English <input type="checkbox"/> Английский French <input type="checkbox"/> Французский German <input type="checkbox"/> Немецкий Russian <input type="checkbox"/> Русский Hebrew <input type="checkbox"/> Иврит			
<b>Alternate Contact</b> (optional) / Дополнительный контакт (на Ваше усмотрение)	<b>In case we have a problem in contacting you, please nominate a family member or friend that you would like us to contact regarding your application.</b>		<b>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.</b>
	Family Name and First Name / Фамилия и имя	Relationship to Applicant (please mark one only)  Spouse <input type="checkbox"/> Супруг/а Child <input type="checkbox"/> Сын/Дочь Other <input type="checkbox"/> Другое лицо	Степень родства с Заявителем (Выбрать подходящее):
	Fill in only if you mark "Other": Если выбрано "другое лицо", просим указать: _____		
	Street Name and No. / Название улицы и номер дома	City/Town / Город / Населённый пункт	Postal Code or Zip Code / Почтовый индекс
Country / Страна		State or Region / Штат, округ, область	
Telephone No. / Номер телефона	Fax No. (optional) / Номер факса (если имеется)	E-mail (optional) / Адрес эл. почты (если имеется)	



**6. Information about parents and siblings (please complete also if deceased)**  
**Информация о родителях, братьях и сёстрах (также, если они умерли)**

Details / Данные	Father / Отец	Mother / Мать
Family Name Фамилия		
First Name Имя		
Patronymic Name (if applicable) Отчество (если имеется)		
Maiden Name Девичья фамилия		
Address Адрес		
Date of Birth Дата рождения	Day / День    Month / Месяц    Year / Год	Day / День    Month / Месяц    Year / Год
City/Town and Country of Birth Место рождения/Страна		
Date of Death Дата смерти	Day / День    Month / Месяц    Year / Год	Day / День    Month / Месяц    Year / Год
City/Town and Country of Death Место смерти/Страна		
Occupation (if known) Профессия (если известно)		
What year did they leave the sphere of Communist influence? В каком году они выехали из стран коммунистического блока		
Was an application submitted to the Claims Conference? Обращались ли они с заявлением в Claims Conference?	No <input type="checkbox"/> Нет    Yes <input type="checkbox"/> Да ↓	No <input type="checkbox"/> Нет    Yes <input type="checkbox"/> Да ↓
If yes, please state the registration number Если да, просим указать регистрационный номер		
Were you persecuted together with your parents? Находились ли Вы в период преследований вместе с родителями?		
		No <input type="checkbox"/> Нет    Yes <input type="checkbox"/> Да
Were you together all the time during persecution? Находились ли Вы вместе в течение всего периода преследований?		
		No <input type="checkbox"/> Нет    Yes <input type="checkbox"/> Да ↓
If not, where were your parents? Если нет, где были Ваши родители?		
Why were you separated from your parents? Почему Вы не находились вместе с Вашими родителями?		



### 7. Compensation / Виды компенсаций

<p><b>Did you already get compensation for persecution under the German Federal Indemnification Law (BEG)?</b></p>	<p><b>Получали ли Вы когда-либо на основании федерального закона Германии о возмещении (BEG) компенсацию за пережитое преследование?</b></p>
<p>No <input type="checkbox"/> Нет</p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> Да</p>

### 8. Previous Payments / Прежние платежи

<p><b>Please only answer this section if you were a citizen of one of the following countries at the time of persecution and in the year stated: Austria (before 13 March 1938), Belgium (1960), Denmark (1959), France (1960), Italy (1961), Luxembourg (1959), the Netherlands (1960), Norway (1959), Sweden (1964), Switzerland (1961), United Kingdom (1964).</b></p>	<p><b>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).</b></p>
<p><b>Previous Payments under Global Agreements between Western European Countries and the Federal Republic of Germany.</b></p>	<p><b>Прежние платежи на основании двустороннего Соглашения западноевропейских стран с Германией.</b></p>
<p>(a) What citizenship(s) did you possess between 1933 and 1945 [give complete details of period(s)]?</p>	<p>(a) Ваше(и) гражданство(а) в период между 1933 годом и 1945 годом (просим указать полные данные за весь период)?</p>
<p>(b) Please state which citizenship (s) you possessed from 1945 till now [give complete details of period(s)]:</p>	<p>(б) Ваше(и) гражданство(а) в период между 1945 годом и до настоящего времени (просим указать полные данные за каждый период):</p>

(c) Did the countries you listed in question (b) include one or more of the following: Austria, Belgium, Denmark, France, Italy, Luxembourg, the Netherlands, Norway, Switzerland, Sweden or the United Kingdom?  
 (в) 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?

No  Нет Yes  Да



If yes, did you receive a payment from Austria, Belgium, Denmark, France, Italy, Luxembourg, the Netherlands, Norway, Switzerland, Sweden or the United Kingdom for persecution during the Holocaust?

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?

No  Нет Yes  Да



If yes, please state / Если да:

Country / Страна	Currency / Валюта	Amount / Сумма	Date / Дата

(d) I currently receive a pension for persecution during the Holocaust from (list the country or organization):  
 (г) В настоящее время я получаю пенсию за пережитые во время Холокоста преследования от (просим назвать страну или организацию):

(e) For applicants residing in the Netherlands or who were Dutch citizens at the time of persecution, please answer the following questions. These answers will greatly assist in the processing of your application:  
 (д) Заявителей, проживающих в Нидерландах или бывших гражданами Нидерландов в период преследования, просим ответить на следующие вопросы. Ваш ответ поможет при обработке Вашего Заявления:

- If you receive a pension from the WUV, please provide us with your WUV file number, if known:

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

- If you received a payment from CADSU II from the Dutch Government, please enter your file number, if known:

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

**9. Other Payments / Другие виды компенсации**

(a) Do you receive a pension from the Israel Finance Ministry pursuant to the law for "Invalids of Nazi Persecution"?  
 (a) Получаете ли Вы пенсию от израильского Министерства финансов в соответствии с законом об „Инвалидах-жертвах нацистских преследований“?

If yes, please state the file number:

Если да, просим указать номер дела:

No  Нет Yes  Да



(b) Did you file a claim with the Claims Conference Article 2 Fund?  
 (б) Обращались ли Вы с Заявлением в Фонд Артикул 2 Claims Conference?

If yes:

Если да:

- Payment received  Компенсация получена
- Claim rejected  Просьба отклонена
- Not as yet decided  Решение не принято

please state the file number: \_\_\_\_\_ просим указать номер дела:

(c) Did you file a claim with the Claims Conference Central and Eastern European Fund (CEEFF)?  
 (в) Обращались ли Вы с Заявлением в Фонд СЕЕ Claims Conference (для стран Центральной и Восточной Европы)?

If yes, please state the file number: \_\_\_\_\_

Если да, просим указать номер дела:

(d) Did you apply for a payment from the Claims Conference Program for Former Slave and Forced Laborers?  
 (г) Обращались ли Вы с заявлением о компенсации из Фонда за рабский и принудительный труд?

If yes, please state the file number: \_\_\_\_\_

Если да, просим указать номер дела:

**10. Questions for persecutees who are not yet 60/65 years old /**

**Вопросы для заявителей, которым ещё не исполнилось 60/65 лет**

**Persecutees who, at the time of this application, are not yet 60 (in case of females) or 65 (in case of males) must answer these additional questions:** Заявители, которым к моменту обращения с заявлением ещё не исполнилось 60 лет (женщины) или 65 лет (мужчины), должны ответить на следующие дополнительные вопросы:

• Has your earning capacity been reduced? Установлена ли степень потери Вами трудоспособности? No  Нет Yes  Да

(1) Does such reduction amount to at least 80% generally? Составляет ли степень потери Вами общей трудоспособности 80% и более? No  Нет Yes  Да

(2) If not, has your earning capacity been reduced to at least 50% by persecution? Если нет, составляет ли степень потери Вами трудоспособности как следствие преследований 50% и более? No  Нет Yes  Да

• In case of an affirmative answer to questions 1 or 2 above: В случае утвердительного ответа на вопросы 1 или 2:

(a) To which illness(es) is the reduction of earning capacity attributed? Какие заболевания явились причиной потери Вами трудоспособности?

(b) Where were (or are) you in medical treatment for such illnesses? В каком медицинском учреждении Вы проходили (или проходите) курс лечения указанных Вами заболеваний?

(c) Do you agree to disclosure of your medical information? Согласны ли Вы с отказом от сохранения врачебной тайны? No  Нет Yes  Да

(d) Please present a medical certificate to prove the reduction of earning capacity: Просим приложить медицинское заключение в качестве подтверждения потери трудоспособности:

• In case of a negative answer to both questions 1 and 2 above, you should answer these additional questions: В случае отрицательного ответа на вопросы 1 и 2, просим ответить на следующие дополнительные вопросы:

Were you subject to deprivation or restriction of liberty? Подвергались ли Вы лишению или ограничению свободы? No  Нет Yes  Да

<b>If yes, by means of: Если да:</b>	<b>From / С</b>	<b>To / По</b>	<b>Where / Где</b>
(a) KZ-Lager Концентрационный лагерь			
(b) Ghetto Гетто			
(c) Forced labor camp or compulsory labor Рабочие лагеря или принудительный труд			
(d) Life in hiding or illegality under inhumane conditions resembling those of life under arrest Жизнь под чужим именем или на нелегальном положении в условиях, приближённых к содержанию под стражей			
(e) Flight Бегство			
(f) Restriction of liberty Ограничение свободы			
(g) Other persecution Иной вид преследования			

Please attach evidence and/or name of witnesses. / Просим приложить документальные доказательства или указать свидетелей.

Document No. as written in Section 1  
Номер удостоверения личности, указанный в п.1

**11. In case of a positive decision / В случае положительного решения**

Please transfer the payment to the bank account in my name: / Прошу перевести компенсацию на открытый на моё имя банковский счёт	
Name of Bank / Название банка	Address of Bank / Адрес банка
Account Number/IBAN (European Union Residents) / № Банковского счёта/Банковский идентификационный код / IBAN (Для жителей Европейского Сообщества)	Bank Code Number / Код банка
ABA Routing Code (USA Residents)/Sortcode (UK Residents)/Swift Code (all other countries) ABA (Для жителей США)/Sortcode (Для жителей Великобритании)/SWIFT	Branch Number / Номер филиала

**12. Total number of pages attached to this application:**

Общее количество страниц, прилагаемых к данному Заявлению:

**13. Declaration / Декларация**

I declare that all above and attached statements are true.

I am aware that knowingly making untrue statements will result in a rejection.

I hereby unconditionally agree that Frankfurt am Main, Germany is the court of exclusive jurisdiction. I also agree that any dispute shall be decided according to the laws of the Federal Republic of Germany.

I am aware that I have no legal entitlement to receive assistance from the Hardship Fund. Without derogating from the above, I irrevocably waive - insofar as this is legally admissible - any claim that I have or may later assert against the Conference on Jewish Material Claims against Germany relating to or connected with this application or the processing thereof.

I herewith authorize the Claims Conference to inspect all relevant files concerning me available at governmental agencies, courts, archives and institutions in or outside Germany and to authorize others to carry this out on behalf of the Claims Conference.

I agree that the Claims Conference may request additional information and documents to process my application.

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

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

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.

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.

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.

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

Date / Дата

City/Town and Country / Место

Signature / Подпись

The above signature of the applicant is hereby certified through identity confirmation by:

Подпись Заявителя, удостоверившего свою личность, предъявив:

- Passport  Паспорт
- Identity Card  Удостоверение личности
- Social Security Card  Документ о социальном страховании

The number is: / номер  удостоверяю.

Date / Дата

City/Town and Country / Место

Certifier's Signature and Stamp /  
Подпись и печать лица, удостоверяющего подпись Заявителя