



CLAIMS CONFERENCE ♦ ועידת התביעות

Conference on Jewish Material Claims against Germany, Inc.

www.claimscon.org

Hardship Fund

Fragebogen ♦ Formulaire

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

Veillez lire attentivement les directives jointes avant de compléter le questionnaire, en français ou en allemand. Utiliser les lettres majuscules, ou écrire à la machine.

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

Veillez joindre les photocopies de tous documents prouvant ces informations.

1. Persönliche Angaben / Renseignements personnels

Art und Nummer des amtl. Ausweises (Fotokopie beifügen):		Nature et numéro du document officiel d'identité ou du passeport (joindre photocopie):		
Ausweis/Passport Carte d'identité/ passeport	Art des Ausweises / Nature du document	Nummer / numéro		
Familiennamen / Nom de famille		Vorname / Prénom		
Geburtsname bei Frauen / Nom de jeune fille		Frühere Namen oder andere Schreibweisen / Ancien nom ou variantes orthographiques		
Ständiger Wohnsitz / Adresse permanente	Straße, Nr., Apt. / Numéro, rue, apt.			
	Ort / Ville		Postleitzahl / Code postal	
	Bundesland oder Region / Pays		Land / Région	
Telefon Nr. / Numéro de téléphone	Fax Nr. (falls gewünscht) / Numéro de fax (optionnel)	E-mail (falls gewünscht) / Adresse e-mail (optionnel)		
Geburtsdatum / Date de naissance Tag / Jour Monat / Mois Jahr / Année	Geburtsort / Lieu de naissance	Bezirk / Région	Land / Pays	
Geschlecht / Sexe Männlich <input type="checkbox"/> Masculin Weiblich <input type="checkbox"/> Féminin		Personenstand / Situation maritale Ledig <input type="checkbox"/> Célibataire Verheiratet <input type="checkbox"/> Marié(e) Verwitwet <input type="checkbox"/> Veuf(ve) Geschieden <input type="checkbox"/> Divorcé(e)		
Jetzige Staatsangehörigkeit / Nationalité actuelle		Frühere Staatsangehörigkeit / Nationalité précédente		
Waren Sie von jüdischer Abstammung oder Religion während der Verfolgung? / Etiez-vous d'origine ou de confession juive pendant la persécution? Nein <input type="checkbox"/> Non Ja <input type="checkbox"/> Oui				
Gewünschte Korrespondenzsprache / Langue souhaitée pour la correspondance Englisch <input type="checkbox"/> Anglais Deutsch <input type="checkbox"/> Allemand Russisch <input type="checkbox"/> Russe Hebräisch <input type="checkbox"/> Hébreu Französisch <input type="checkbox"/> Français				
Weitere Kontaktperson (falls gewünscht) / Autre personne à contacter (optionnel)	Falls wir ein Problem haben sollten, Sie zu kontaktieren, benennen Sie bitte ein Familienmitglied oder einen Freund, den wir bezüglich Ihres Antrags kontaktieren können. adresser au sujet de votre demande Si nous ne parvenons pas à vous joindre, veuillez nommer un membre de votre famille ou un ami à qui nous pourrions nous adresser au sujet de votre demande			
	Familiennamen / Vorname / Nom / prénom	Beziehung zum Antragsteller (Bitte wählen Sie eine aus): Ehepartner <input type="checkbox"/> Conjoint Kind <input type="checkbox"/> Enfant Anderes <input type="checkbox"/> Autre	Relation avec le demandeur (Veillez choisir):	
	Nur ausfüllen, wenn „Anderes“ angekreuzt wird: A remplir seulement si vous avez coché "Autre": _____			
	Straße und Hausnummer / Numéro, rue		Ort / Lieu (ou ville)	Postleitzahl / Code postal
	Land / Pays		Bundesland oder Region / Territoire fédéral ou région	
Telefon Nr. / Numéro de téléphone	Fax Nr. (falls gewünscht) / Numéro de télécopie (optionnel)	E-mail (falls gewünscht) / Adresse e-mail (optionnel)		

Ausweisnummer, so wie im P.1 Numéro d'identité tel que dans la section 1

6. Angaben über die Eltern und Geschwister (bitte auch ausfüllen, falls verstorben)
Précisions relatives aux parents et aux frères et sœurs (renseigner même si décédés)

Angaben / Détails	Vater / Père	Mutter / Mère
Familienname Nom de famille		
Vorname Prénom		
Vatersname (soweit zutreffend) Nom patronymique (si pertinent)		
Geburtsname bei Frauen Nom de jeune fille		
Adresse Adresse		
Geburtsdatum Date de naissance	Tag / Jour Monat / Mois Jahr / Année	Tag / Jour Monat / Mois Jahr / Année
Geburtsort Lieu de naissance		
Datum des Todes Date du décès	Tag / Jour Monat / Mois Jahr / Année	Tag / Jour Monat / Mois Jahr / Année
Ort des Todes Lieu du décès		
Beruf (falls bekannt) Profession (si connue)		
In welchem Jahr verließen sie den kommunistischen Machtbereich? En quelle année ont-ils quitté la zone d'influence communiste?		
Wurde ein Antrag an die Claims Conference gestellt? Ont-ils formé une demande d'indemnisation auprès de la Claims Conference?	Nein <input type="checkbox"/> Non Ja <input type="checkbox"/> Oui	Nein <input type="checkbox"/> Non Ja <input type="checkbox"/> Oui
Wenn ja, geben Sie bitte die Reg.-Nr. an: Si oui, veuillez indiquer le numéro du dossier:		
Wurden Sie zusammen mit Ihren Eltern verfolgt? Avez-vous été persécuté(e) avec vos parents?		
		Nein <input type="checkbox"/> Non Ja <input type="checkbox"/> Oui
Waren Sie während der Verfolgung die ganze Zeit zusammen? Etes-vous restés ensemble pendant toute la persécution?		
		Nein <input type="checkbox"/> Non Ja <input type="checkbox"/> Oui
Falls nicht, wo waren Ihre Eltern? Si non, où étaient vos parents?		
Warum waren Sie von Ihren Eltern getrennt? Pour quelle(s) raison(s) étiez-vous séparé(e) de vos parents?		

Ausweisnummer, so wie
im P.1
Numéro d'identité tel que
dans la section 1

7. Entschädigungsarten / Nature des compensations

Haben Sie aufgrund der deutschen Wiedergutmachungsgesetze (BEG) bereits Entschädigungsleistungen für die Verfolgung / erhalten? Avez-vous été indemnisé(e) sur le fondement de la loi fédérale allemande d'indemnisation (BEG)?

Nein Non Ja Oui

8. Frühere Zahlungen / Versements antérieurs

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen nur, wenn Sie Staatsangehöriger eines der nachstehenden Länder zum Zeitpunkt der Verfolgung und im genannten Jahr waren: Österreich (vor dem 13. März 1938), Belgien (1960), Dänemark (1959), Frankreich (1960), Italien (1961), Luxemburg (1959), Niederlande (1960), Norwegen (1959), Schweden (1964), Schweiz (1961), Vereinigtes Königreich (1964).

Veillez répondre à la partie suivante seulement si vous étiez ressortissant d'un des pays suivants à l'époque de la persécution, et à la date indiquée entre parenthèses: Autriche (avant le 13 mars 1938), Belgique (1960), Danemark (1959), France (1960), Italie (1961), Luxembourg (1959), Pays-Bas (1960), Norvège (1959), Suède (1964), Suisse (1961), Royaume-Uni (1964).

Frühere Zahlungen aufgrund von Globalabkommen zwischen westeuropäischen Staaten und der Bundesrepublik Deutschland.

Versements déjà opérés sur le fondement d'une convention bilatérale conclue entre les pays d'Europe de l'Ouest et la République Fédérale d'Allemagne.

(a) Welche Staatsangehörigkeit besaßen Sie zwischen 1933 und 1945 (bitte benennen Sie den jeweiligen Zeitraum genau)?

(a) Quelle(s) étai(en)t votre(vos) nationalité(s) entre 1933 et 1945 [veuillez indiquer précisément la(les) période(s)]?

(b) Bitte teilen Sie mit, welche Staatsangehörigkeit (en) Sie von 1945 bis jetzt besaßen (bitte benennen Sie den jeweiligen Zeitraum genau):

(b) Quelle(s) nationalité(s) possédez-vous depuis 1945 à aujourd'hui [veuillez indiquer précisément la(les) période(s)]:

Ausweisnummer, so wie im P.1
 Numéro d'identité tel que dans la section 1

(c) Haben Sie unter (b) eines oder mehrere der nachfolgenden Länder genannt: Österreich, Belgien, Dänemark, Frankreich, Italien, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Schweiz, Schweden oder Vereinigtes Königreich?
 Nein Non

Falls ja, haben Sie von Österreich, Belgien, Dänemark, Frankreich, Italien, Luxemburg, den Niederlanden, Norwegen, der Schweiz, Schweden oder dem Vereinigten Königreich eine Zahlung für Verfolgung während des Holocaust erhalten?

Nein Non

Wenn ja, bitte anführen / Si oui, veuillez préciser:

(c) Avez-vous mentionné au (b) ci-dessus au moins un des pays suivants: Autriche, Belgique, Danemark, France, Pays-Bas, Italie, Luxembourg, Norvège, Suisse, Suède ou Royaume-Uni?

Ja Oui



Si oui, avez-vous été indemnisé(e) par l'Autriche, la Belgique, le Danemark, la France, les Pays-Bas, l'Italie, le Luxembourg, la Norvège, la Suisse, la Suède ou le Royaume-Uni, pour les persécutions subies pendant l'Holocauste?

Ja Oui



Land / Pays	Währung / Devise	Betrag / Montant	Datum / Date

(d) Ich erhalte derzeit eine Rente für Verfolgung während des Holocaust von (bitte nennen Sie das Land oder die Organisation):

(d) Je reçois actuellement une pension pour les persécutions subies pendant l'Holocauste (veuillez préciser de quel pays ou de quelle organisation):

(e) Antragsteller, die ihren Wohnsitz in den Niederlanden haben oder zum Zeitpunkt der Verfolgung niederländische Staatsbürger waren, beantworten folgende Fragen. Die Angaben werden die Bearbeitung Ihres Antrags sehr erleichtern:

(e) Les demandeurs vivant aux Pays-Bas ou ayant été ressortissants néerlandais pendant la persécution sont priés de bien vouloir répondre également aux questions suivantes. Ces informations permettront, dans une large mesure, un traitement efficace du dossier.

- Falls Sie eine WUV - Rente erhalten, geben Sie bitte das WUV-Aktenzeichen an, falls bekannt:

- Au cas où vous recevriez une rente du WUV, veuillez indiquer votre numéro d'enregistrement au WUV, si vous le connaissez.

- Falls Sie eine CADSU II-Zahlung von der niederländischen Regierung erhalten haben, geben Sie bitte das Aktenzeichen an, falls bekannt:

- Si vous percevez de l'argent du CADSU II du gouvernement néerlandais, veuillez indiquer votre numéro de dossier, si vous le connaissez:

9. Andere Zahlungen / Autres versements

(a) Erhalten Sie eine Rente vom israelischen Finanzministerium gemäß dem Gesetz für "Invaliden der NS - Verfolgung"?

Wenn ja, bitte Aktenzeichen angeben:

Nein Non

(a) Bénéficiez-vous d'une pension versée par le Ministère israélien des finances sur le fondement de la loi sur les invalides de la persécution nazie?

Si oui, veuillez indiquer le numéro du dossier:

Ja Oui



(b) Haben Sie einen Antrag an den Artikel 2-Fonds der Claims Conference gestellt?

Wenn ja:

- Zahlung erhalten Versement effectué
 Antrag abgelehnt Demande rejetée
 Noch keine Entscheidung Pas encore décidé

bitte Aktenzeichen angeben: _____ veuillez indiquer le numéro du dossier:

(b) Avez-vous formé une demande auprès du Fonds Article 2 de la Claims Conference?

Si oui:

(c) Haben Sie einen Antrag an den Central and Eastern European Fund (CEEF) gestellt?

Wenn ja, bitte Aktenzeichen angeben: _____ Si oui, veuillez indiquer le numéro du dossier:

(c) Avez-vous formé une demande auprès du Fonds de l'Europe Centrale et de l'Est (CEEF) de la Claims Conference?

(d) Haben Sie einen Antrag auf Zahlung aus dem Programm für ehemalige Sklaven- und Zwangsarbeiter gestellt?

Wenn ja, bitte Aktenzeichen angeben: _____ Si oui, veuillez indiquer le numéro du dossier:

(d) Avez-vous formé une demande pour bénéficier du programme relatif aux anciens travailleurs-esclaves et travailleurs forcés?

**10. Fragen an Antragsteller, die noch nicht 60/65 Jahre alt sind /
Questions aux demandeurs n'ayant pas encore atteint l'âge de 60/65 ans**

Verfolgte, die bei der Antragstellung noch nicht das 60. (Frauen) oder das 65. (Männer) Lebensjahr erreicht haben, beantworten die folgenden zusätzlichen Fragen:	Les victimes n'ayant pas atteint l'âge de 60 ans (femmes) ou 65 ans (hommes) lors du dépôt de la demande, voudront bien répondre aux questions supplémentaires suivantes:			
<ul style="list-style-type: none"> Ist Ihre Erwerbsfähigkeit gemindert? Souffrez-vous d'une incapacité, totale ou partielle, d'exercice de l'activité professionnelle? Nein <input type="checkbox"/> Non Ja <input type="checkbox"/> Oui 				
<ul style="list-style-type: none"> (1) Beträgt diese Minderung allgemein mindestens 80%? Cette incapacité est-elle d'au moins 80% d'une manière générale? Nein <input type="checkbox"/> Non Ja <input type="checkbox"/> Oui 				
<ul style="list-style-type: none"> (2) Wenn nein, sind Sie durch Verfolgung mindestens 50% erwerbsgemindert? Si non, la persécution est-elle à l'origine d'une incapacité d'exercice de l'activité professionnelle de 50% au moins? Nein <input type="checkbox"/> Non Ja <input type="checkbox"/> Oui 				
<ul style="list-style-type: none"> Wenn Sie die Fragen 1 oder 2 oben mit Ja beantworten: En cas de réponse affirmative aux questions 1 ou 2: 				
<ul style="list-style-type: none"> (a) Auf welche Leiden ist die Erwerbsminderung zurückzuführen? A quelle maladie cette incapacité est-elle attribuée? 				
<ul style="list-style-type: none"> (b) Wo waren oder sind Sie wegen dieser Leiden in ärztlicher Behandlung? Où vous êtes-vous fait soigner (ou encore soigner) pour cette maladie? 				
<ul style="list-style-type: none"> (c) Sind Sie mit der Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht einverstanden? Autorisez-vous la levée du secret médical? Nein <input type="checkbox"/> Non Ja <input type="checkbox"/> Oui 				
<ul style="list-style-type: none"> (d) Legen Sie bitte ein ärztliches Attest zum Nachweis der Erwerbsminderung bei: Merci de bien vouloir joindre un certificat médical attestant votre incapacité, totale ou partielle, d'exercice de l'activité professionnelle: 				
<ul style="list-style-type: none"> Wenn Sie die Fragen 1 und 2 oben verneinen, beantworten Sie die folgenden zusätzlichen Fragen: En cas de réponse négative aux questions 1 et 2, veuillez répondre aux questions supplémentaires suivantes: 				
Haben Sie unter Freiheitsentziehung oder -beschränkung gelitten? Avez-vous souffert d'une privation totale ou partielle de liberté? Nein <input type="checkbox"/> Non Ja <input type="checkbox"/> Oui				
Wenn ja: Si oui:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Von / De</td> <td style="width: 25%;">Bis / A</td> <td style="width: 50%;">Wo / Où</td> </tr> </table>	Von / De	Bis / A	Wo / Où
Von / De	Bis / A	Wo / Où		
(a) KZ-Lager Camp de Concentration				
(b) Ghetto Ghetto				
(c) Zwangsarbeitslager oder Zwangsarbeit Camp de travaux forcés ou travail forcé				
(d) Leben im Versteck oder in der Illegalität oder Leben unter unmenschlichen haftähnlichen Bedingungen Vie cachée, ou vie dans la clandestinité, ou vie dans des conditions inhumaines semblables à l'internement				
(e) Flucht Fuite				
(f) Freiheitsbeschränkung Restriction de liberté				
(g) Sonstige Verfolgung Autre persécution				
Bitte Nachweisdokumente beilegen oder Zeugen benennen. / Veuillez joindre des preuves ou/et nommer des témoins.				

Ausweisnummer, so wie im P.1	
Numéro d'identité tel que dans la section 1	

11. Im Fall einer positiven Entscheidung / En cas de décision positive

Bitte überweisen Sie die Beihilfe auf das auf meinen Namen / Veuillez verser l'allocation sur le compte bancaire à mon nom: lautende Konto:	
Name der Bank / Nom de la banque	Adresse der Bank / Adresse de la banque
Konto-Nr./IBAN (Einwohner der Europäischen Union) Numéro de compte et IBAN (résidents de l'Union Européenne)	Bankleitzahl / Code de la banque
ABA Routing Code (nur USA)/Sortcode (nur UK)/Swift Code (alle anderen Länder) ABA Routing Code (seulement pour les USA)/Sortcode (seulement pour le Royaume-Uni)/Code Swift (pour tous les autres pays)	Nr. der Bankfiliale / Code agence

12. Gesamtzahl der Seiten, die diesem Antrag beigefügt sind:

Nombre total de pages jointes à cette demande: _____

13. Erklärung / Déclaration

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

J'atteste la véracité des renseignements fournis ci-dessus ainsi que des renseignements joints.

Ich bin mir bewusst, dass ich bei wissentlich unrichtigen Angaben mit einer Abweisung zu rechnen habe.

Je suis conscient(e) de ce que toute fausse déclaration peut conduire au rejet de ma demande.

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 Deutschland zu entscheiden sind.

Je consens à ce que tout litige relève exclusivement des juridictions de Francfort sur le Main, République Fédérale d'Allemagne. J'accepte que tout litige soit soumis aux lois de la République Fédérale d'Allemagne.

Mir ist bekannt, dass auf die Leistung aus dem Hardship Fund 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.

Je reconnais n'être créancier d'aucune obligation légale à l'aide du Fonds Hardship. Sans déroger à ce qui précède, je renonce - dans la mesure où le droit le permet - à exercer toute action en justice contre la Conference on Jewish Material Claims Against Germany concernant la présente demande et son examen. J'autorise la Claims Conference à accéder à tous les dossiers pertinents me concernant auprès des administrations compétentes, autorités, juridictions, archives ou institutions, à l'intérieur et à l'extérieur de l'Allemagne, et donne mandat à la Claims Conference pour agir à cette fin.

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.

Je donne mon accord à ce que la Claims Conference sollicite des informations et des documents complémentaires afin de procéder au traitement de ma demande.

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

Datum / Date

Ort / Lieu

Unterschrift / Signature

Die obige Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin, der/die sich mit:

La signature du demandeur, dont l'identité a été attestée par:

Pass Passeport
Identitätskarte Carte d'identité
Sozialversicherungskarte Carte de sécurité sociale

ausgewiesen hat, wird hiermit beglaubigt / est légalisée/

Die Nummer des amtlichen Ausweispapiers lautet: / Numéro du document officiel d'identité: _____

Datum / Date

Ort und Land / Commune et pays

Unterschrift und Stempel des Beglaubigenden /
Signature et tampon de l'organisme de certification