



CLAIMS CONFERENCE ♦ ועידת התביעות

Conference on Jewish Material Claims against Germany, Inc.

www.claimscon.org

Hardship Fund

(Фонд на получение единовременной компенсации)

Fragebogen ♦ Анкета

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.

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. Persönliche Angaben / Личные данные

Art und Nummer des amtl. Ausweises (Fotokopie beifügen):		Наименование и номер официального документа, удостоверяющего личность (просим приложить фотокопию):		
Ausweis/Passport Удостоверение личности/ Паспорт	Art des Ausweises / Вид документа	Nummer / Номер		
Familiennamen / Фамилия		Vorname / Имя		
Geburtsname bei Frauen / Девичья фамилия		Frühere Namen oder andere Schreibweisen / Прежние имена и фамилии или другое написание		
Ständiger Wohnsitz / Постоянный адрес	Straße, Nr., Apt. / улица, номер дома, квартира			
	Ort / Город/Населённый пункт		Postleitzahl / Почтовый индекс	
	Bundesland oder Region /Штат, округ, область		Land /Страна	
Telefon Nr. / Номер телефона	Fax Nr. (falls gewünscht) / Факс (если имеется)	E-mail (falls gewünscht) / Адрес электронной почты (если имеется)		
Geburtsdatum / Дата рождения Tag / День Monat / Месяц Jahr / Год	Geburtsort / Место рождения	Bezirk / Область	Land / Страна	
Geschlecht / Пол Männlich <input type="checkbox"/> Мужской Weiblich <input type="checkbox"/> Женский		Personenstand / Семейное положение Ledig <input type="checkbox"/> Холост / Не замужем Verheiratet <input type="checkbox"/> Женат / Замужем Verwitwet <input type="checkbox"/> Вдовец / Вдова Geschieden <input type="checkbox"/> Разведён/а		
Jetzige Staatsangehörigkeit / Гражданство в настоящее время		Frühere Staatsangehörigkeit / Прежнее гражданство		
Waren Sie von jüdischer Abstammung oder Religion während der Verfolgung? / Были ли Вы евреем по происхождению или вероисповеданию во время преследования? Nein <input type="checkbox"/> Нет Ja <input type="checkbox"/> Да				
Gewünschte Korrespondenzsprache / Язык, на котором Вы предпочитаете вести корреспонденцию Englisch <input type="checkbox"/> Английский Deutsch <input type="checkbox"/> Немецкий Hebräisch <input type="checkbox"/> Иврит Russisch <input type="checkbox"/> Русский Französisch <input type="checkbox"/> Французский				
Weitere Kontaktperson (falls gewünscht) / Дополнительный контакт (на Ваше усмотрение)	Falls wir ein Problem haben sollten, Sie zu kontaktieren, benennen Sie bitte ein Familienmitglied oder einen Freund, den wir bezüglich Ihres Antrags kontaktieren können. 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.			
	Familiennamen / Vorname / Фамилия и имя	Beziehung zum Antragsteller (Bitte wählen Sie eine aus): Ehepartner <input type="checkbox"/> Супруг/а Kind <input type="checkbox"/> Сын/Дочь Anderes <input type="checkbox"/> Другое лицо		
	Nur ausfüllen, wenn „Anderes“ angekreuzt wird: Если выбрано "другое лицо", просим указать: _____			
	Straße und Hausnummer / Название улицы и номер дома		Ort / Город / Населённый пункт	Postleitzahl / Почтовый индекс
	Land / Страна		Bundesland oder Region / Штат, округ, область	
Telefon Nr. / Номер телефона	Fax Nr. (falls gewünscht) / Номер факса (если имеется)	E-mail (falls gewünscht) / Адрес эл. почты (если имеется)		

Ausweisnummer, so wie
im P.1
Номер удостоверения
личности, указанный в п.1

6. Angaben über die Eltern und Geschwister (bitte auch ausfüllen, falls verstorben)
Информация о родителях, братьях и сёстрах (также, если они умерли)

Angaben / Данные	Vater / Отец	Mutter / Мать
Familienname Фамилия		
Vorname Имя		
Vatersname (soweit zutreffend) Отчество (если имеется)		
Geburtsname bei Frauen Девичья фамилия		
Adresse Адрес		
Geburtsdatum Дата рождения	Tag / День Monat / Месяц Jahr / Год	Tag / День Monat / Месяц Jahr / Год
Geburtsort Место рождения/Страна		
Datum des Todes Дата смерти	Tag / День Monat / Месяц Jahr / Год	Tag / День Monat / Месяц Jahr / Год
Ort des Todes Место смерти/Страна		
Beruf (falls bekannt) Профессия (если известно)		
In welchem Jahr verließen sie den kommunistischen Machtbereich? В каком году они выехали из стран коммунистического блока		
Wurde ein Antrag an die Claims Conference gestellt? Обращались ли они с заявлением в Claims Conference?	Nein <input type="checkbox"/> Нет Ja <input type="checkbox"/> Да ↓	Nein <input type="checkbox"/> Нет Ja <input type="checkbox"/> Да ↓
Wenn ja, geben Sie bitte die Reg.-Nr. an: Если да, просим указать регистрационный номер		
Wurden Sie zusammen mit Ihren Eltern verfolgt? Находились ли Вы в период преследований вместе с родителями?		
		Nein <input type="checkbox"/> Нет Ja <input type="checkbox"/> Да
Waren Sie während der Verfolgung die ganze Zeit zusammen? Находились ли Вы вместе в течение всего периода преследований?		
		Nein <input type="checkbox"/> Нет Ja <input type="checkbox"/> Да ↓
Falls nicht, wo waren Ihre Eltern? Если нет, где были Ваши родители?		
Warum waren Sie von Ihren Eltern getrennt? Почему Вы не находились вместе с Вашими родителями?		

Ausweisnummer, so wie im P.1
Номер удостоверения личности, указанный в п.1

7. Entschädigungsarten / Виды компенсаций

Haben Sie aufgrund der deutschen Wiedergutmachungsgesetze (BEG) bereits Entschädigungsleistungen für die Verfolgung / erhalten?

Получали ли Вы когда-либо на основании федерального закона Германии о возмещении (BEG) компенсацию за пережитое преследование?

Nein Нет Ja Да

8. Frühere Zahlungen / Прежние платежи

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).

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).

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

Прежние платежи на основании двустороннего Соглашения западноевропейских стран с Германией.

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

(a) Ваше(и) гражданство(а) в период между 1933 годом и 1945 годом (просим указать полные данные за весь период):

Blank lines for answer (a)

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

(б) Ваше(и) гражданство(а) в период между 1945 годом и до настоящего времени (просим указать полные данные за каждый период):

Blank lines for answer (b)

Ausweisnummer, so wie im P.1
 Номер удостоверения личности, указанный в п.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 Нет Ja Да

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 Нет Ja Да

Wenn ja, bitte anführen / Если да:

(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?



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?



Land / Страна	Währung / Валюта	Betrag / Сумма	Datum / Дата

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

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

(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:

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

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

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

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

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

9. Andere Zahlungen / Другие виды компенсации

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

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

Wenn ja, bitte Aktenzeichen angeben:

Если да, просим указать номер дела:

Nein Нет Ja Да



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

(б) Обращались ли Вы с Заявлением в Фонд Артикул 2 Claims Conference?

Wenn ja:

Если да:

- Zahlung erhalten Компенсация получена
- Antrag abgelehnt Просьба отклонена
- Noch keine Entscheidung Решение не принято

bitte Aktenzeichen angeben: _____ просим указать номер дела:

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

(в) Обращались ли Вы с Заявлением в Фонд CEE Claims Conference (для стран Центральной и Восточной Европы)?

Wenn ja, bitte Aktenzeichen angeben: _____

Если да, просим указать номер дела:

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

(г) Обращались ли Вы с заявлением о компенсации из Фонда за рабский и принудительный труд?

Wenn ja, bitte Aktenzeichen angeben: _____

Если да, просим указать номер дела:

Ausweisnummer, so wie im P.1
Номер удостоверения личности, указанный в п.1

10. Fragen an Antragsteller, die noch nicht 60/65 Jahre alt sind /

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

Verfolgte, die bei der Antragstellung noch nicht das 60. (Frauen) oder das 65. (Männer) Lebensjahr erreicht haben, beantworten die folgenden zusätzlichen Fragen:	Заявители, которым к моменту обращения с заявлением ещё не исполнилось 60 лет (женщины) или 65 лет (мужчины), должны ответить на следующие дополнительные вопросы:
• Ist Ihre Erwerbsfähigkeit gemindert? Установлена ли степень потери Вами трудоспособности?	Nein <input type="checkbox"/> Нет Ja <input type="checkbox"/> Да
(1) Beträgt diese Minderung allgemein mindestens 80%? Составляет ли степень потери Вами общей трудоспособности 80% и более?	Nein <input type="checkbox"/> Нет Ja <input type="checkbox"/> Да
(2) Wenn nein, sind Sie durch Verfolgung mindestens 50% erwerbsgemindert? Если нет, составляет ли степень потери Вами трудоспособности как следствие преследований 50% и более?	Nein <input type="checkbox"/> Нет Ja <input type="checkbox"/> Да
• Wenn Sie die Fragen 1 oder 2 oben mit Ja beantworten: В случае утвердительного ответа на вопросы 1 или 2:	
(a) Auf welche Leiden ist die Erwerbsminderung zurückzuführen? Какие заболевания явились причиной потери Вами трудоспособности?	
(b) Wo waren oder sind Sie wegen dieser Leiden in ärztlicher Behandlung? В каком медицинском учреждении Вы проходили (или проходите) курс лечения указанных Вами заболеваний?	
(c) Sind Sie mit der Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht einverstanden? Согласны ли Вы с отказом от сохранения врачебной тайны?	Nein <input type="checkbox"/> Нет Ja <input type="checkbox"/> Да
(d) Legen Sie bitte ein ärztliches Attest zum Nachweis der Erwerbsminderung bei: Просим приложить медицинское заключение в качестве подтверждения потери трудоспособности:	
• Wenn Sie die Fragen 1 und 2 oben verneinen , beantworten Sie die folgenden zusätzlichen Fragen: В случае отрицательного ответа на вопросы 1 и 2, просим ответить на следующие дополнительные вопросы:	
Haben Sie unter Freiheitsentziehung oder -beschränkung gelitten? Были ли Вы лишены свободы?	
Nein <input type="checkbox"/> Нет Ja <input type="checkbox"/> Да	
Wenn ja: Если да:	
	Von / С
	Bis / По
	Wo / Где
(a) KZ-Lager Концентрационный лагерь	
(b) Ghetto Гетто	
(c) Zwangsarbeitslager oder Zwangsarbeit Рабочие лагеря или принудительный труд	
(d) Leben im Versteck oder in der Illegalität oder Leben unter unmenschlichen haftähnlichen Bedingungen Жизнь под чужим именем или на нелегальном положении в условиях, приближённых к содержанию под стражей	
(e) Flucht Бегство	
(f) Freiheitsbeschränkung Ограничение свободы	
(g) Sonstige Verfolgung Иной вид преследования	
Bitte Nachweisdokumente beilegen oder Zeugen benennen ./ Просим приложить документальные доказательства или указать свидетелей.	

Ausweisnummer, so wie im P.1
Номер удостоверения личности, указанный в п.1

11. Im Fall einer positiven Entscheidung / В случае положительного решения

Bitte überweisen Sie die Beihilfe auf das auf meinen Namen lautende Konto:		/ Прошу перевести компенсацию на открытый на моё имя банковский счёт	
Name der Bank / Название банка		Adresse der Bank / Адрес банка	
Konto-Nr./IBAN (Einwohner der Europäischen Union) № Банковского счёта / Банковский идентификационный код IBAN (Для жителей Европейского Сообщества)		Bankleitzahl / Код банка	
ABA Routing Code (nur USA)/Sortcode (nur UK)/Swift Code (alle anderen Länder) ABA (Для жителей США)/Sortcode (Для жителей Великобритании)/SWIFT		Nr. der Bankfiliale / Номер филиала	

12. Gesamtzahl der Seiten, die diesem Antrag beigelegt sind:
Общее количество страниц, прилагаемых к данному Заявлению:

13. Erklärung / Декларация

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

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

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

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

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

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

Datum / Дата

Ort / Место

Unterschrift / Подпись

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

Подпись Заявителя, удостоверившего свою личность, предъявив:

- Pass Паспорт
- Identitätskarte Удостоверение личности
- Sozialversicherungskarte Документ о социальном страховании

ausgewiesen hat, wird hiermit beglaubigt.

Die Nummer des amtlichen Ausweispapiers lautet: / номер

удостоверяю.

Datum / Дата

Ort und Land / Место

Unterschrift und Stempel des Beglaubigenden / Подпись и печать лица, удостоверяющего подпись Заявителя