



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 / Прeжние имена и фамилии или другое написание	
Постоянный адрес	Улица, номер дома, квартира		כתובת קבועה
	Город/Населённый пункт	Почтовый индекс	
	Страна	מדינה/אזור / ארץ	
Номер телефона	מספר הטלפון	Факс (если имеется)	מספר הפקס (אין חובה למלא) / Адрес электронной почты (если имеется)
Дата рождения	תאריך הלידה / День / Месяц / Год	Место рождения	עיר הלידה / Область / Страна
Пол	מדר / Мужской / Женский	Семейное положение	
Мужской / Женский		נשוי / רווק / חתונה / גרוש / חתונה / רווק / נשוי / רווק / נשוי / רווק	
Прежнее гражданство		האזרחות הנוכחית / Гражданство в настоящее время	
האם מוצאך או דתך בזמן הרדיפות הייתה יהודי? / Были ли Вы евреем по происхождению или вероисповеданию во время преследования?			
Нет / לא / Да / כן			
Язык, на котором Вы предпочитаете вести корреспонденцию			
Английский / Французский / Немецкий / Русский / Иврит / עברית			
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	השם המלא	Степень родства с Заявителем (Выбрать подходящее):
	Супруга / Бן/זוג / Сын/Дочь / ילד / Другое лицо		יחס הקרבה למבקש (אנא סמן אחד בלבד)
	Если выбрано "другое лицо", просим указать:		השלם רק אם סימנת "אחר" לעיל.
	Почтовый индекс	המיקוד / Город / Населённый пункт	שם הרחוב ומספר הבית / Название улицы и номер дома
Страна	ארץ / Штат, округ, область	מדינה/אזור	
Номер телефона	מספר הטלפון	Номер факса (если имеется)	מספר הפקס (אין חובה למלא) / Адрес эл. почты (если имеется)

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 מקום הלידה/מדינה Место рождения/Страна		
תאריך הפטירה Дата смерти	שנה Год	שנה Год
חודש Месяц	יום День	חודש Месяц
תאריך הפטירה מקום הפטירה/מדינה 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 1	брат/сестра 2 אח 2
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 נודפת 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?		

(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	Дата תאריך

(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) מגיש 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 רשום 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. Другие виды компенсации תשלומים אחרים

(א) Получаете ли Вы пенсию от израильского Министерства финансов в соответствии с законом об „Инвалидах-жертвах нацистских преследований“? האם הנך מקבל רנטה ממשד האוצר הישראלי על-פי "חוק נכי רדיפות הנאצים"?

Если да, просим указать номер дела: **אם כן, אגב רשום את מספר התיק שלך:**

Нет לא Да כן

(ב) Обращались ли Вы с Заявлением в Фонд Артикль 2 Claims Conference? האם הגשת תביעה לועידת התביעות במסגרת קרן סעיף 2?

Если да: **אם כן:**

קבלתי את התשלום
 התביעה נדחתה
 עדיין לא הוחלט
 Компенсация получена
 Просьба отклонена
 Решение не принято

просим указать номер дела: **אם כן, אגב רשום את מספר התיק:**

(ג) Обращались ли Вы с Заявлением в Фонд CEE Claims Conference (для стран Центральной и Восточной Европы)? האם הגשת תביעה לועידת התביעות במסגרת הקרן של מרכז ומזרח אירופה CEEF?

Если да, просим указать номер дела: **אם כן, אגב רשום את מספר התיק שלך:**

(ד) Обращались ли Вы с заявлением о компенсации из Фонда за рабский и принудительный труд? האם הגשת תביעה לשם קבלת תשלומים מהתכנית למען עובדי כפייה ופרך לשעבר?

Если да, просим указать номер дела: **אם כן, אגב רשום את מספר התיק שלך:**

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

10. שאלות לנרדפים שטרם מלאו להם 60 / 65

Заявители, которым к моменту обращения с заявлением ещё не исполнилось 60 лет (женщины) или 65 лет (мужчины), должны ответить на следующие дополнительные вопросы:

על נרדפי הנאצים שבעת הגשת הבקשה עדיין לא הגיעו לגיל 60 (נשים) או 65 (גברים) לענות על השאלות הנוספות להלן:

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

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

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

• 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? (א) לאילו מחלה/ות ניתן לייחס את הפגיעה בכושר ההשתכרות:

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

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

(d) Просим приложить медицинское заключение в качестве подтверждения потери трудоспособности: (ד) אנא הציגו תעודה 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? Нет לא Да כן

Если да:	С - מ	По ט	היכן ג
אם כן, באילו נסיבות:			
(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 בזהות 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.

