

Hardship Fund

Eligibility Guidelines

2014

The Hardship Fund is administered by the Claims Conference, but is governed by eligibility criteria established by the German government. The Claims Conference encourages people who think that they may have a claim to apply. If you have any questions concerning your eligibility, please contact your local Claims Conference office.

Under this program, eligible applicants receive a one-time payment of 2,556.46 EUR.

Eligibility under the Hardship Fund is limited to Jewish Nazi victims who were persecuted as Jews and who meet the following eligibility criteria:

- Suffered deprivation of liberty (such as, ghetto, forced labor, camp, hiding or false identity); or
- Fled from the Nazi regime; or
- Fled between June 22, 1941 and January 27, 1944 from areas of the Soviet Union that were generally up to 100 kilometers from the most easterly advance of the German army (Wehrmacht) but were not later occupied by the Nazis; or
- Stayed in Leningrad at some time between September 1941 and January 1944 or if they fled from there during this period; or
- Suffered “restriction of liberty” as defined by the German Government, (such as were forced to wear the Star of David); or
- Were restricted in movement, like lived under curfew, suffered compulsory registration with limitation of residence, (e.g. résidence forcée), etc; or
- Were a fetus at the time that their mother suffered persecution described above.

Other Eligibility Requirements:

Previous Compensation

If you receive/d payment from one of the following programs, you are not eligible for a Hardship Fund payment:

- The German Federal Indemnification Law (BEG); or
- A pension from the Israeli ministry of finance under the Israeli Nazi persecutions disabled persons law 5717-1957; or
- The Austrian Law Regarding Relief For Victims (OFG); or
- The Law On Recognizing And Supporting People Persecuted By The Nazis For Political, Racial Or Religious Reasons (PRVG); or
- The Pension For Victims Of The Nazi Regime In The Former GDR (VDN); or
- The Article 2 Fund; or
- The CEE Fund; or
- The Holocaust Victim Compensation Fund (HVCF).

Important note: As part of the global agreements reached between the Federal Republic of Germany and 11 separate Western European governments, the German government made payments to those Western European governments as compensation for Nazi era wrongs suffered by its citizens. Some of these Western European governments made payments to certain Nazi victims with these funds. Recipients of such compensation payments may be ineligible for a Hardship Fund payment. If you have any questions regarding your eligibility and your previous compensation, please [contact us](#).

Heirs

Heirs are not entitled to file an application form. The applicant has to be alive at the time that the application is received by the Claims Conference.

If an applicant was ineligible at the time of application but at a later date became eligible due to changes in the criteria, the applicant can only receive payment if s/he was alive as of the date of the criteria change.

In the event that an applicant passes away after the application is submitted and the application would have ultimately been approved, the legal successor(s) who contacts the Claims Conference within the designated time and completes the appropriate documentation is entitled to the appropriate portion of a payment.

The legal successor to the eligible applicant is his or her spouse (or common law spouse) and if the spouse is deceased, his or her children in equal parts. If one or more of the children does not indicate, by completing the appropriate documentation within the specified time, that he or she wishes to obtain his or her share of the payment, that share of the payment shall be distributed among the children that do complete the documentation within the specified time.

Appeals

Applicants not found eligible will have the right of appeal to the Independent Review Authority of the Claims Conference.

[More information regarding the Independent Appeals Authority.](#)

Important Note: All applicants are urged to check the Claims Conference website (www.claimscon.org) regularly as amendments to the criteria and clarifications are posted as they become available.



CLAIMS CONFERENCE ♦ ועידת התביעות

Conference on Jewish Material Claims against Germany, Inc.

www.claimscon.org

Hardship Fund

(Фонд помощи)

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

Type and number of official identity document (please attach photocopy) / Вид и номер официального документа, удостоверяющего личность (просим приложить фотокопию):	In Israel - Identity Number / для Израиля: номер удостоверения личности	In USA - Social Security Number / для США: номер социальной страховки	
	In Other Countries: Document/Passport / для других стран: удостоверение / 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	
Permanent Address / 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			
Alternate Contact (optional) / Дополнительный контакт (на Ваше усмотрение)	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. 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.		
	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
	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
	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)

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

2. Domicile / Место жительства

Domicile at the beginning of persecution: / Место жительства к моменту начала преследований:			
City/Town / Город / Населенный пункт	State or Region / Штат, округ, область	Country / Страна	
Domicile on December 31, 1969: / Место жительства 31 декабря 1969 года:			
City/Town / Город / Населенный пункт	State or Region / Штат, округ, область	Country / Страна	
When did you leave the sphere of Communist influence? Когда Вы покинули страны коммунистического блока?		Day / День	Month / Месяц
		Year / Год	
To which country did you immigrate from there?	В какую страну Вы иммигрировали?	When did you immigrate to the country of your present domicile (please attach a photocopy of your emigration and immigration papers):	
		Когда Вы иммигрировали в страну, в которой проживаете в настоящее время (просим приложить фотокопии Вашей визы на выезд и Вашего иммиграционного удостоверения)?	
Did you at any point in time stay or reside in Berlin?	Проживали ли Вы когда-либо в Берлине?	Day / День	Month / Месяц
No <input type="checkbox"/> Нет	Yes <input type="checkbox"/> Да	Year / Год	

3. Where Were You during the Period of Persecution? / Где Вы находились во время преследования?

No. / №	From / С	To / До	Place of persecution within the indicated time periods / Периоды преследования с указанием мест и дат	Type of persecution (KZ, Ghetto, life in hiding or illegality, life under conditions resembling imprisonment, forced labor camps or compulsory labor, flight, restriction of movement like curfew, compulsory registration with limitation of residence, wearing the Star of David etc). Please state precisely / Вид преследования (концентрационный лагерь, гетто, скрытое проживание, нелегальное проживание или проживание в условиях, приравненных к условиям тюрьмы, принудительный или рабский труд, побег, ограничение свободы посредством, например, комендантского часа, проживанием в указанных местах с обязательной регистрацией, ношением Звезды Давида и т.д.) Просим указать точные данные:
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Краткое описание пережитых преследований с указанием мест и дат. (Если понадобится, продолжите описание на отдельном листе бумаги)

First and Family Name of Spouse / Имя и фамилия супруга/и				Maiden Name for Women / Девичья фамилия супруги				Gender / Пол Male <input type="checkbox"/> Мужской Female <input type="checkbox"/> Женский	
Date of Birth Дата рождения		Day / День	Month / Месяц	Year / Год	City/Town and Country of Birth / Место рождения/Страна				
Date of Marriage Дата заключения брака		Day / День	Month / Месяц	Year / Год	City/Town and Country of Marriage / Место заключения брака/Страна				
If deceased, Date of Death В случае смерти указать дату.		Day / День	Month / Месяц	Year / Год	City/Town and Country of Death / Место смерти / город, страна				

First and Family Name / Имя и фамилия	Date of Birth / Дата рождения			City/Town and Country of Birth / Место рождения/Страна	Residence / Место жительства
	Day / День	Month / Месяц	Year / Год		

7. 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?		

Примечание: Если у Вас более двух братьев и сестёр, просим сделать дополнительные копии этой страницы.

Details / Данные	Sibling 1 / брат/сестра 1	Sibling 2 / брат/сестра 2
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		
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 siblings? Находились ли они в период преследований вместе с Вами?	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 siblings? Если нет, где были Ваши братья и сёстры?		
Why were you separated from your siblings? Почему Вы не находились вместе с Вашими братьями и сёстрами?		

8. Compensation / Виды компенсаций

<p>Did you already get compensation for persecution under the German Federal Indemnification Law (BEG)?</p> <p style="text-align: right;">No <input type="checkbox"/> Нет Yes <input type="checkbox"/> Да</p>	<p>Получали ли Вы когда-либо на основании федерального закона Германии о возмещении (BEG) компенсацию за пережитое преследование?</p> <p style="text-align: right;">Yes <input type="checkbox"/> Да</p>
<p>Do you receive a pension from the Israel Finance Ministry pursuant to the law for Invalids of Nazi Persecution?</p> <p style="text-align: right;">No <input type="checkbox"/> Нет Yes <input type="checkbox"/> Да</p>	<p>Получаете ли Вы пенсию от Министерства финансов Израиля в соответствии с законом об "Инвалидах - жертвах нацистских преследований"?</p> <p style="text-align: right;">Yes <input type="checkbox"/> Да</p>
<p>Did you or do you receive compensation under the Austrian law regarding relief for victims (OFG)?</p> <p style="text-align: right;">No <input type="checkbox"/> Нет Yes <input type="checkbox"/> Да</p>	<p>Получали ли Вы когда-либо или получаете в настоящее время выплаты в соответствии с австрийским законом о помощи жертвам (OFG)?</p> <p style="text-align: right;">Yes <input type="checkbox"/> Да</p>
<p>Did you or do you receive compensation from Berlin under the law on recognizing and supporting people persecuted by the Nazis for political, racial or religious reasons (PrVG)?</p> <p style="text-align: right;">No <input type="checkbox"/> Нет Yes <input type="checkbox"/> Да</p>	<p>Получали ли Вы когда-либо или получаете в настоящее время выплаты по берлинскому соглашению о признании и поддержке лиц, пострадавших от фашизма вследствие расовой принадлежности или политических и религиозных убеждений (PrVG)?</p> <p style="text-align: right;">Yes <input type="checkbox"/> Да</p>

9. Previous Payments / Прежние платежи

<p>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).</p>	<p>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).</p>
<p>Previous Payments under Global Agreements between Western European Countries and the Federal Republic of Germany.</p> <p>(a) What citizenship(s) did you possess between 1933 and 1945 [give complete details of period(s)]?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Прежние платежи на основании двустороннего Соглашения западноевропейских стран с Германией.</p> <p>(a) Ваше(и) гражданство(а) в период между 1933 годом и 1945 годом (просим указать полные данные за весь период)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>(b) Please state which citizenship (s) you possessed from 1945 till now [give complete details of period(s)]:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>(б) Ваше(и) гражданство(а) в период между 1945 годом и до настоящего времени (просим указать полные данные за каждый период):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</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?

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?

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):

(r) 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:

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

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

(д) 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:

10. Other Funds of the Claims Conference / Другие фонды Claims Conference

(a) Have you ever filed a claim with the Hardship Fund?

(a) Подавали ли Вы ранее заявление в Hardship Fund?

(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 Центральной и Восточной Европы (CEEFF)?

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:

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 стран ЕС)	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

The number is: / номер удостоверяю.

Date / Дата

City/Town and Country / Место

Certifier's Signature and Seal /

Подпись и печать лица, удостоверяющего подпись Заявителя

Hardship Fund

Application Instructions

Instructions

Before completing the application form, please familiarize yourself with the eligibility requirements for payments from the Hardship Fund as well as with the instructions concerning specific points of the questionnaire. **The application form must be completed in English, German or French.**

Please note that we require that you provide certified photocopies of the following documents when submitting your application:

- birth certificate;
- marriage certificate;
- other documents relating to change of name (if relevant);
- identification card (ID card or passport) and permanent residence permit, if applicable;
- for US applicants: social security card and one of the following: white immigration card with your registration card, or green card or other proof of US immigration status or citizenship.

Copies of birth certificates and marriage certificates must be authorized by one of the following:

- Notary public
- German consulate
- Bank
- Amcha office in Israel
- Governmental office of the State of Israel
- Jewish social service agency possessing a seal.

Copies of other documents do not need to be authorized at this time.

Please note that the following will assist us in expediting the processing of your claim:

- any documentary proof of being interned in a ghetto or labor camp, life in hiding or under false identity, or any other document proving your suffering during World War II;
- any documentary proof of flight or emigration;
- copies of your sibling's or children's birth certificates, if born immediately before, during or after persecution; and
- copies of any diplomas or certificates that you might have in your possession concerning the period immediately prior to persecution or immediately after liberation; and
- other documentary proof of residence immediately prior to persecution or immediately after liberation.

We suggest that you keep a copy of your completed application form and attachments.

Applicants not found eligible will have the right of appeal to the Independent Review Authority of the Claims Conference.

PLEASE READ THE DECLARATION AT THE END OF THE APPLICATION VERY CAREFULLY PRIOR TO SIGNING THE APPLICATION FORM.

Applications must be submitted with an original signature, dated and notarized (by a notary public, bank, German consulate or a Jewish social service agency possessing a seal).

The completed and signed application form should be submitted in the original by:

- Residents of Israel to:
Claims Conference
P.O. Box 29254
Tel Aviv, Israel 6129201
Tel: 03-519-4400
Fax: 03-624-1056
Email: infodesk@claimscon.org

 - All others to:
Claims Conference
Hardship Fund
Graefstrasse 97
60487 Frankfurt am Main
Germany
Tel: ++49-69-970-701-0
Fax: ++49-69-970-701-40
E-mail: A2-HF-CEEF2@claimscon.org
- or to:
- Claims Conference
Hardship Fund
1359 Broadway, Suite 2000
New York, NY 10018
Tel: ++1-646-536-9100
Fax: ++1-212-685-5299
Email: info@claimscon.org