



CLAIMS CONFERENCE ♦ ועידת התביעות

Conference on Jewish Material Claims against Germany, Inc.

www.claimscon.org

Hardship Fund

Fragebogen ♦ Questionnaire

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 Kopien aller Unterlagen bei, die Ihre Angaben belegen.

Legen Sie bitte eine Kopie Ihrer Geburtsurkunde und Heiratsurkunde, beglaubigt von einer der folgenden Stellen, vor: von einem Notar, deutschen Konsulat, einer Bank, einem Amcha-Büro in Israel, einer staatlichen Behörde in Israel, von einer jüdischen Gemeinde oder von einer Sozialfürsorgestelle, die über ein entsprechendes Siegel verfügt. Eine Beglaubigung anderer Unterlagen ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht notwendig.

Das Stellen eines Antrags auf Entschädigung bei der Claims Conference ist gebührenfrei. Sie müssen niemanden dafür bezahlen, dass Sie ein Antragsformular erhalten und es ist nicht erforderlich, sich beim Ausfüllen oder Einreichen des Antragsformulars helfen zu lassen. Falls Sie Hilfe bei der Antragstellung benötigen, können Sie sich an ein Regional- oder Verbindungsbüro der Claims Conference wenden. Auch dies ist kostenlos.

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. Please provide a copy of your birth certificate and marriage certificate authorized by one of the following: notary public, German consulate, bank, Amcha office in Israel, governmental office of the State of Israel or Jewish social service agency possessing a seal. Copies of other documents do not need to be authorized at this time.

There is no fee to apply for compensation from the Claims Conference. You do not need to pay anyone for this application form and you are not required to obtain assistance in completing and/or submitting this application form. If you need assistance to apply, you may contact your local Claims Conference or Liaison office - without any fee.

1. Persönliche Angaben / Personal Details

Art und Nummer des amtlichen Ausweises (Fotokopie beifügen) / Type and number of official identity document (please attach photocopy)	in Israel - Identitätsnummer / In Israel - Identity Number		in USA - Sozialversicherungsnummer / In USA - Social Security Number		
	in anderen Ländern: Ausweis/Pass / In Other Countries: Document/Passport Art des Ausweises / Type of document		Number / Number		
Familienname / Family Name		Vorname / First Name			
Geburtsname bei Frauen / Maiden Name		Frühere Namen oder andere Schreibweisen / Former Name or Different Spelling			
Ständiger Wohnsitz / Permanent Address	Straße, Nr., Apt. / Street, Number, Apartment				
	Ort / City/Town		Postleitzahl / Postal Code		
	Bundesland oder Region / State or Region		Land / Country		
Telefon Nr. / Telephone No.		Fax Nr. (falls gewünscht) / Fax No. (optional)		E-Mail (falls gewünscht) / Email (optional)	
Geburtsdatum / Date of Birth Tag / Day Monat / Month Jahr / Year		Geburtsort / City/Town of Birth	Bezirk / State or Region of Birth	Land / Country of Birth	
Geschlecht / Gender Männlich <input type="checkbox"/> Male Weiblich <input type="checkbox"/> Female		Personenstand / Personal Status Ledig <input type="checkbox"/> Single Verheiratet <input type="checkbox"/> Married Verwitwet <input type="checkbox"/> Widowed Geschieden <input type="checkbox"/> Divorced			
Jetzige Staatsangehörigkeit / Present Citizenship		Frühere Staatsangehörigkeit / Former Citizenship			
Waren Sie von jüdischer Abstammung oder Religion während der Verfolgung? / Were you of Jewish descent or religion during the time of persecution? Nein <input type="checkbox"/> No Ja <input type="checkbox"/> Yes					
Gewünschte Korrespondenzsprache / Preferred Language for Correspondence: Englisch <input type="checkbox"/> English Deutsch <input type="checkbox"/> German Russisch <input type="checkbox"/> Russian Hebräisch <input type="checkbox"/> Hebrew Französisch <input type="checkbox"/> French					
Weitere Kontaktperson (falls gewünscht) / Alternate Contact (optional)	Falls wir ein Problem haben sollten, Sie zu kontaktieren, In case we have a problem in contacting you, please nominate a family member or friend, member or friend that you would like us to contact regarding your application.				
	Familienname / Vorname / Family Name and First Name		Beziehung zum Antragsteller (Bitte wählen Sie eine aus): Ehepartner <input type="checkbox"/> Spouse Kind <input type="checkbox"/> Child Anderes <input type="checkbox"/> Other		
	Straße und Hausnummer / Street Name and No.		Ort / City/Town	Postleitzahl / Postal Code or Zip Code	
	Land / Country		Bundesland oder Region / State or Region		
	Telefon Nr. / Telephone No.		Fax Nr. (falls gewünscht) / Fax No. (optional)		E-Mail (falls gewünscht) / Email (optional)

Ausweisnummer, so wie im P.1 Document No. as written in Section 1
--

2. Wohnsitz / Domicile




Wohnsitz z. Zt. der Verfolgung: / Domicile at the beginning of persecution:			
Ort / City/Town	Bezirk / State or Region	Land / Country	
Wohnsitz am 31. Dezember 1969: / Domicile on December 31, 1969:			
Ort / City/Town	Bezirk / State or Region	Land / Country	
Wann haben Sie den kommunistischen Machtbereich verlassen? When did you leave the sphere of Communist influence?	Tag / Day	Monat / Month	Jahr / Year
In welches Land sind Sie von dort eingewandert? To which country did you immigrate from there?	Wann sind Sie in das Land Ihres jetzigen Wohnsitzes eingewandert? (bitte Fotokopie Ihrer Aus- und Einwanderungspapiere beilegen)	When did you immigrate to the country of your present domicile? (please attach a photocopy of your emigration and immigration papers):	
Waren Sie jemals wohnhaft in Berlin? Nein <input type="checkbox"/> No	Did you at any point in time stay or reside in Berlin? Ja <input type="checkbox"/> Yes	Tag / Day	Monat / Month
		Jahr / Year	

3. Wo hielten Sie sich während der Verfolgung auf ? / Where Were You during the Period of Persecution?

Nr. / No.	Von / From	Bis / To	Ort der Verfolgung im genannten Zeitabschnitt / Place of persecution within the indicated time periods	Art der Verfolgung (KZ, Ghetto, Leben im Versteck oder in der Illegalität, Leben unter haftähnlichen Bedingungen, Zwangsarbeit, Flucht, Freiheitsbeschränkung, wie z.B. Ausgangssperre, Meldepflicht mit Aufenthaltsbeschränkung, Sterntragen etc.) bitte genau angeben / 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
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Ausweisnummer, so wie
im P.1
Document No. as written
in Section 1

7. Angaben über die Eltern und Geschwister (bitte auch ausfüllen, falls verstorben)
Information about parents and siblings (please complete also if deceased)

Angaben / Details	Vater / Father	Mutter / Mother
Familiename Family Name		
Vorname First Name		
Vatersname (soweit zutreffend) Patronymic Name (if applicable)		
Geburtsname bei Frauen Maiden Name		
Adresse Address		
Geburtsdatum Date of Birth	Tag / Day Monat / Month Jahr / Year	Tag / Day Monat / Month Jahr / Year
Geburtsort City/Town and Country of Birth		
Datum des Todes Date of Death	Tag / Day Monat / Month Jahr / Year	Tag / Day Monat / Month Jahr / Year
Ort des Todes City/Town and Country of Death		
Beruf (falls bekannt) Occupation (if known)		
In welchem Jahr verließen sie den kommunistischen Machtbereich? What year did they leave the sphere of Communist influence?		
Wurde ein Antrag an die Claims Conference gestellt? Was an application submitted to the Claims Conference?	Nein <input type="checkbox"/> No Ja <input type="checkbox"/> Yes 	Nein <input type="checkbox"/> No Ja <input type="checkbox"/> Yes 
Wenn ja, geben Sie bitte die Reg.-Nr. an: If yes, please state the registration number		
Wurden Sie zusammen mit Ihren Eltern verfolgt? Were you persecuted together with your parents?		
		Nein <input type="checkbox"/> No Ja <input type="checkbox"/> Yes
Waren Sie während der Verfolgung die ganze Zeit zusammen? Were you together all the time during persecution?		
		Nein <input type="checkbox"/> No Ja <input type="checkbox"/> Yes 
Falls nicht, wo waren Ihre Eltern? If not, where were your parents?		
Warum waren Sie von Ihren Eltern getrennt? Why were you separated from your parents?		

8. Entschädigungsarten / Compensation

Haben Sie aufgrund der deutschen Wiedergutmachungsgesetze (BEG) bereits Entschädigungsleistungen für die Verfolgung erhalten? Nein <input type="checkbox"/> No	/	Did you already get compensation for persecution under the German Federal Indemnification Law (BEG)? Ja <input type="checkbox"/> Yes
Erhalten Sie eine Rente vom Israelischen Finanzministerium gemäß dem Gesetz für Invaliden der NS-Verfolgung? Nein <input type="checkbox"/> No	/	Do you receive a pension from the Israel Finance Ministry pursuant to the law for Invalids of Nazi Persecution? Ja <input type="checkbox"/> Yes
Haben Sie jemals erhalten oder erhalten Sie eine Entschädigung nach dem österreichischen Opferfürsorgegesetz (OFG)? Nein <input type="checkbox"/> No	/	Did you or do you receive compensation under the Austrian law regarding relief for victims (OFG)? Ja <input type="checkbox"/> Yes
Haben Sie jemals erhalten oder erhalten Sie eine Entschädigung von Berlin nach dem Gesetz über die Anerkennung und Versorgung der politisch, rassisch oder religiös Verfolgten des Nationalsozialismus (PrVG)? Nein <input type="checkbox"/> No	/	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)? Ja <input type="checkbox"/> Yes

9. Frühere Zahlungen / Previous Payments

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).		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).
--	--	---

Frühere Zahlungen aufgrund von Globalabkommen zwischen westeuropäischen Staaten und der Bundesrepublik Deutschland.		Previous Payments under Global Agreements between Western European Countries and the Federal Republic of Germany.
--	--	--

(a) Welche Staatsangehörigkeit besaßen Sie zwischen 1933 und 1945 (bitte benennen Sie den jeweiligen Zeitraum genau)?	(a) What citizenship(s) did you possess between 1933 and 1945 [give complete details of period(s)]?
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
(b) Bitte teilen Sie mit, welche Staatsangehörigkeit(en) Sie von 1945 bis jetzt besaßen (bitte benennen Sie den jeweiligen Zeitraum genau):	(b) Please state which citizenship (s) you possessed from 1945 till now [give complete details of period(s)]:
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Ausweisnummer, so wie im P.1 Document No. as written in Section I
--

<p>(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?</p> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> No</p> <p>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?</p> <p style="text-align: right;">Nein <input type="checkbox"/> No</p> <p>Wenn ja, bitte anführen / If yes, please state:</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?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> Yes</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>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?</p> <p style="text-align: right;">Ja <input type="checkbox"/> Yes</p> <p style="text-align: center;">↓</p>
---	--

Land / Country	Währung / Currency	Betrag / Amount	Datum / Date

<p>(d) Ich erhalte derzeit eine Rente für Verfolgung während des Holocaust von (bitte nennen Sie das Land oder die Organisation):</p> <p>_____</p> <p>(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:</p> <p>- Falls Sie eine WUV-Rente erhalten, geben Sie bitte das WUV-Aktenzeichen an, falls bekannt:</p> <p>_____</p> <p>- Falls Sie eine CADSU II-Zahlung von der niederländischen Regierung erhalten haben, geben Sie bitte das Aktenzeichen an, falls bekannt:</p> <p>_____</p>	<p>(d) I currently receive a pension for persecution during the Holocaust from (list the country or organization):</p> <p>_____</p> <p>(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:</p> <p>- If you receive a pension from the WUV, please provide us with your WUV file number, if known:</p> <p>_____</p> <p>- If you received a payment from CADSU II from the Dutch Government, please enter your file number, if known:</p> <p>_____</p>
---	--

10. Andere Fonds der Claims Conference / Other Funds of the Claims Conference

<p>(a) Haben Sie schon jemals einen Antrag an den Härtefonds gestellt?</p> <p>(b) Haben Sie einen Antrag an den Artikel 2-Fonds der Claims Conference gestellt?</p> <p>Wenn ja:</p> <p style="text-align: right;">Zahlung erhalten <input type="checkbox"/> Payment received</p> <p style="text-align: right;">Antrag abgelehnt <input type="checkbox"/> Claim rejected</p> <p style="text-align: right;">Noch keine Entscheidung <input type="checkbox"/> Not as yet decided</p> <p>Bitte Aktenzeichen angeben: _____</p> <p>(c) Haben Sie einen Antrag an den Central and Eastern European Fund (CEEf) gestellt?</p> <p>Wenn ja, bitte Aktenzeichen angeben: _____</p> <p>(d) Haben Sie einen Antrag auf Zahlung aus dem Programm für ehemalige Sklaven- und Zwangsarbeiter gestellt?</p> <p>Wenn ja, bitte Aktenzeichen angeben: _____</p>	<p>(a) Have you ever filed a claim with the Hardship Fund?</p> <p>(b) Did you file a claim with the Claims Conference Article 2 Fund?</p> <p>If yes:</p> <p>(c) Did you file a claim with the Claims Conference Central and Eastern European Fund (CEEf)?</p> <p>If yes, please state the file number: _____</p> <p>(d) Did you apply for a payment from the Claims Conference Program for Former Slave and Forced Laborers?</p> <p>If yes, please state the file number: _____</p>
---	---

Ausweisnummer, so wie im P.1 Document No. as written in Section I
--

11. Im Fall einer positiven Entscheidung / In case of a positive decision

Bitte überweisen Sie die Beihilfe auf das auf meinen Namen lautende Konto: / Please transfer the payment to the bank account in my name:	
Name der Bank / Name of Bank	Adresse der Bank / Address of Bank
Konto-Nr./IBAN (Einwohner der Europäischen Union) / Account Number/IBAN (European Union Residents)	Bankleitzahl / Bank Code Number
ABA Routing Code (nur USA)/Sortcode (nur UK)/Swift Code (alle anderen Länder) / ABA Routing Code (USA Residents)/Sortcode (UK Residents)/Swift Code (all other countries)	Nr. der Bankfiliale / Branch Number

12. Gesamtzahl der Seiten, die diesem Antrag beigefügt sind: / Total number of pages attached to this application:

13. Erklärung / Declaration

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

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

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.

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.

Ich ermächtige die Claims Conference, alle mich betreffenden Akten bei Behörden, Gerichten, Archiven und Institutionen in und außerhalb Deutschlands einzusehen und zu diesem Zwecke Untervollmachten zu erteilen.

Mir ist bekannt und ich stimme zu, dass die Daten in Verbindung mit diesem Antrag an die USA weitergeleitet werden. Ich erkläre mich des Weiteren damit einverstanden, dass meine Angaben zwecks Nachprüfung dem deutschen Finanzministerium und Bundesrechnungshof im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland zur Verfügung gestellt werden.

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

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 hereby authorize the Claims Conference to inspect any documents concerning my person at the authorities, courts, archives and institutions in Germany and abroad and to obtain from there any information and documents relating to me. I authorize the Claims Conference to delegate this authority to another person for this purpose.

I am aware and agree to the data connected to this application being forwarded to the USA. I also agree to this data being made available to the German Ministry of Finance and the Federal Audit Office for review purposes, in the framework of the data protection provisions of the Federal Republic of Germany.

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

Datum / Date

Ort und Land / City/Town and Country

Unterschrift / Signature

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

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

Pass Passport

Identitätskarte Identity Card

ausgewiesen hat, wird hiermit beglaubigt: /

Die Nummer des amtlichen Ausweispapiers lautet: / The number is:

Datum / Date

Ort und Land / City/Town and Country

Unterschrift und Siegel des Beglaubigenden / Certifier's Signature and Seal